資料2

改革工程表の進捗状況について

平成28年3月23日

厚生労働省

目次

１．地域医療構想策定状況及び病床機能報告制度見直し状況　・・・　P1

２．平成28年度診療報酬改定について　・・・　P4

３．療養病床の在り方検討会　・・・　P45

４．医療費適正化基本方針案の概要　・・・　P49

５．保険者インセンティブの「指標」　・・・　P53

６．個人へのインセンティブ措置ガイドライン　・・・　P56

７．データヘルスの取組　・・・　P59

８．患者本位の医薬分業の推進　・・・　P68

９．医薬品のバーコード表示　・・・　P71

１．地域医療構想策定状況及び病床機能報告制度見直し状況

【改革工程表における記載】

＜①都道府県ごとの地域医療構想の策定による、医療の「見える化」を踏まえた病床の機能分化・連携の推進（療養病床に係る地域差の是正）＞

○　必要なデータ分析及び推計を行った上で、2025年の高度急性期・急性期・回復期・慢性期の４機能ごとの医療需要と病床の必要量等を定める地域医療構想を、原則として全ての都道府県において、2016年度末までに前倒しで策定

○　病床機能分化の進捗評価等に必要な病床機能報告制度について、2016年10月の次期報告時までに用いることができるよう、病床機能を選択する際の判断に係る定量的基準も含めた基準の見直しについて、関係の検討会において検討し、策定

都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況

（平成28年1月現在）

＜構想策定の予定時期＞
○　都道府県における地域医療構想の策定予定時期は、平成２７年度中の策定予定が１５(３２%)、平成２８年度半ばの策定予定が２４(５１%)、平成２８年度中の策定予定が８(１７%)であった。

＜既に開催された構想策定に関する会議（県単位）の回数＞
○　地域医療構想の策定に関する会議（医療審議会やワーキンググループなど）については、全ての都道府県が１回以上開催しており、最多で８回開催している。

＜構想区域ごとの会議の開催状況＞
○　構想区域ごとの会議の開催状況は、すべての構想区域で開催した県は４４(９４%)、未実施の県は３(６%) であった。

図1. 構想策定の予定時期

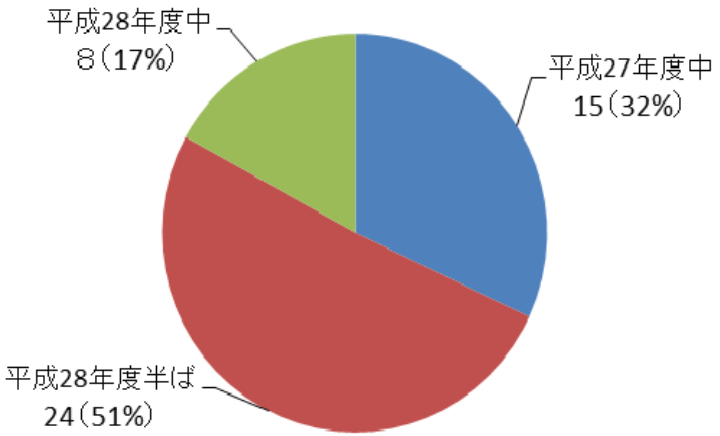


図2.既に開催された構想策定に関する会議（県単位）の回数

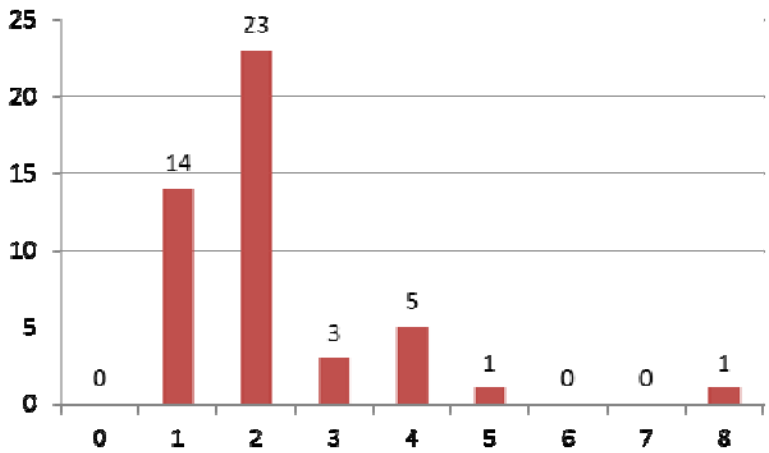
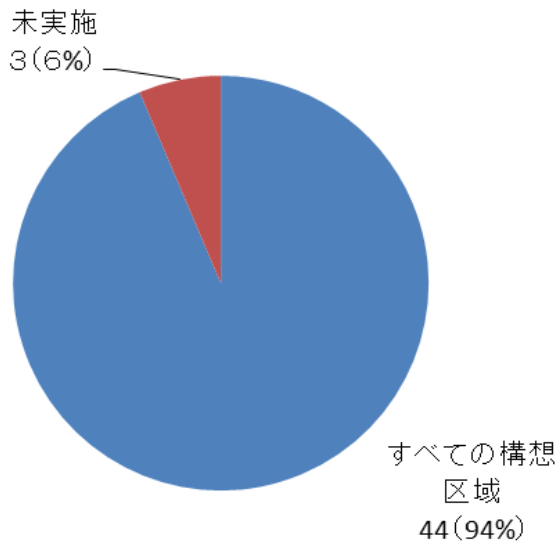


図3.構想区域ごとの会議の開催状況



特定の機能を有する病棟における病床機能報告の取扱

特定入院料等を算定する病棟については、一般的には、次のとおりそれぞれの機能として報告するものとして取扱う。

高度急性期機能

○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例
救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟

- 救命救急入院料
- 特定集中治療室管理料
- ﾊｲｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料
- 脳卒中ｹｱﾕﾆｯﾄ入院医療管理料
- 小児特定集中治療室管理料
- 新生児特定集中治療室管理料
- 総合周産期特定集中治療室管理料
- 新生児治療回復室入院管理料

急性期機能

○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

- 地域包括ケア病棟入院料（※）

※ 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択。

回復期機能

○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

- 回復期ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病棟入院料

慢性期機能

○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 特殊疾患入院医療管理料
- 特殊疾患病棟入院料
- 療養病棟入院基本料

２．平成２８年度診療報酬改定について

平成28年度診療報酬改定の概要

- **2025年(平成37)年に向けて、地域包括ケアシステムと効果的・効率的で質の高い医療提供体制の構築を図る。**
- **地域包括ケアシステムの推進と医療機能の機能分化・強化、連携に関する充実等に取り組む。**

診療報酬（本体）　＋０．４９％

- 医科　＋０．５６％
- 歯科　＋０．６１％
- 調剤　＋０．１７％

薬価改定　▲１．２２％

上記のほか、市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19％
年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施により、▲0.28％

材料価格改定　▲０．１１％

※　なお、別途、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの１処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

平成28年度診療報酬改定の概要

Ⅰ　地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

○　医療機能に応じた入院医療の評価
○　チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保
○　地域包括ケアシステム推進のための取組の強化
○　質の高い在宅医療・訪問看護の確保
○　医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化

Ⅱ　患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点

○　かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
○　情報通信技術（ICT)を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進
○　質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進
○　明細書無料発行の推進

Ⅲ　重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

○　緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価
○　「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価
○　地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価
○　難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価
○　小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実
○　口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
○　かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
○　医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価
○　DPCに基づく急性期医療の適切な評価

Ⅳ　効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

○　後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討
○　退院支援等の取組による在宅復帰の推進
○　残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進
○　患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
○　重症化予防の取組の推進
○　医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

「7対1入院基本料」の見直し

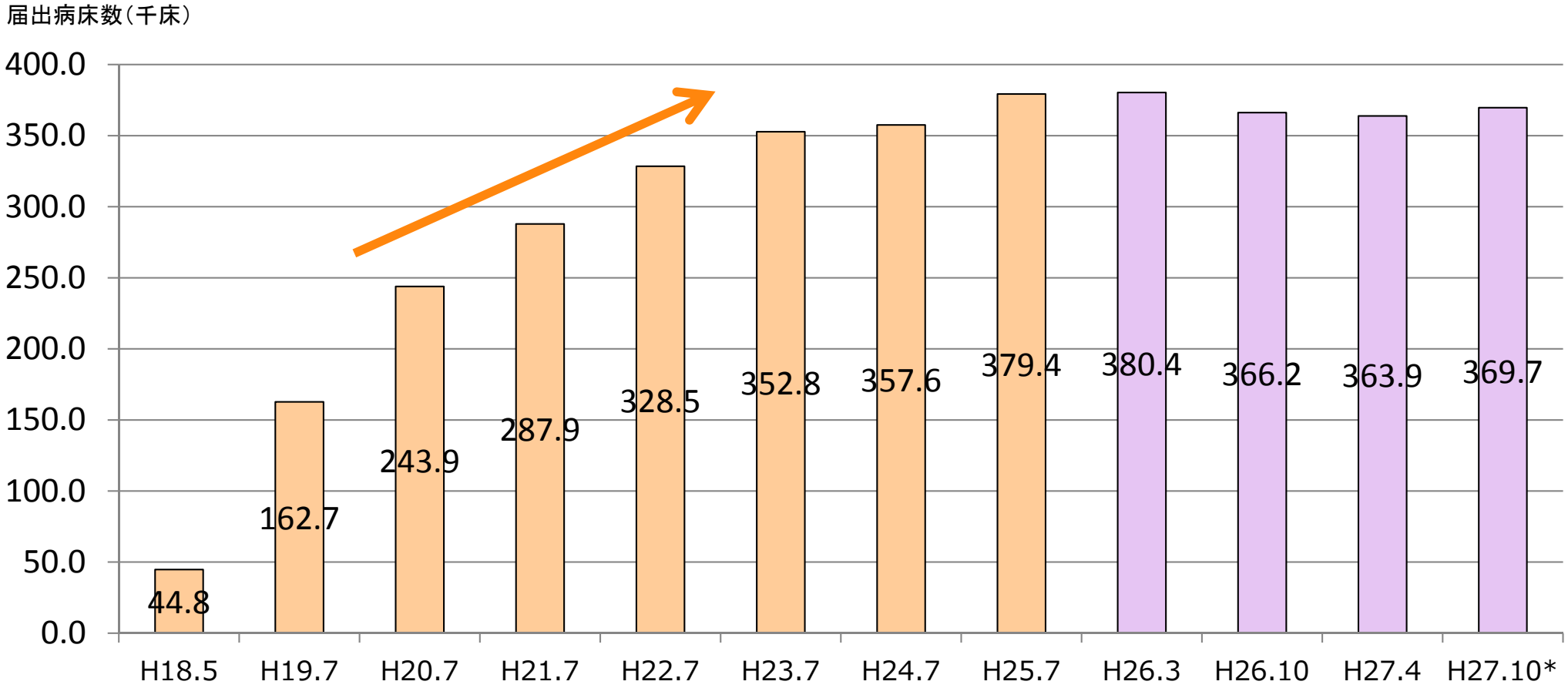
【改革工程表における記載】
＜⑪都道府県の行う病床再編や地域差是正の努力を支援するための取組＞
＜（iii）機能に応じた病床の点数・算定要件上の適切な評価、収益状況を踏まえた適切な評価など平成28年度診療報酬改定及び平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における対応＞
○　7対1入院基本料算定要件の見直しを含む機能に応じた病床の点数･算定要件上の適切な評価について、中央社会保険医療協議会において検討し、平成28年度診療報酬で対応

7対1入院基本料について

26年度における対応

○ 7対1入院基本料の要件に、在宅復帰率を追加するとともに、「重症度・看護必要度」について、名称と項目内容の見直し等を行い、厳格化。

○ 届出病床数は、平成26年度以降、減少傾向。



出典：保険局医療課調べ

*平成27年10月の増加分には、特定機能病院入院基本料（7対1）から一般病棟入院基本料（7対1）に変更した2医療機関（病床数計約1.8千床）を含む。

※平成26年10月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

28年度改定における7対1入院基本料の見直しの概要

1.「重症度、医療・看護必要度」の見直し

➢ **急性期に密度の高い医療を必要とする状態が適切に評価されるよう、「重症度、医療・看護必要度」の見直しを行う。**

① 手術
（開頭手術、開胸手術、開腹手術、骨の手術
胸腔鏡・腹腔鏡手術、全身麻酔・脊椎麻酔の手術）
② 救命等に係る内科的治療
③ 救急搬送後の入院
④ 認知症・せん妄の症状

等についての評価を拡充

2. 重症者の割合の基準等を見直し

➢ **重症者の割合の基準の見直し**

・「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たす患者の割合を**15%⇒25%(※)に見直す**

※ 許可病床数が200床未満の保険医療機関であって、病棟群単位による届出を行わない保険医療機関にあっては、平成30年3月31日までに限り、基準を満たす患者が23%以上であることとする。

➢ **在宅復帰率の見直し**

・在宅復帰率の基準を**75%⇒80%に見直す**

3. 病棟群単位での入院基本料の届出

➢ **7対1入院基本料から10対1入院基本料に変更する際に限り、平成28年4月1日から2年間、7対1病棟と10対1病棟を病棟群単位で有することを可能とする。**

※ 平成28年3月31日時点で直近3月以上一般病棟7対1入院基本料を届け出ていること等の一定の要件を満たすことが必要。

療養病棟の入院患者の適切な評価

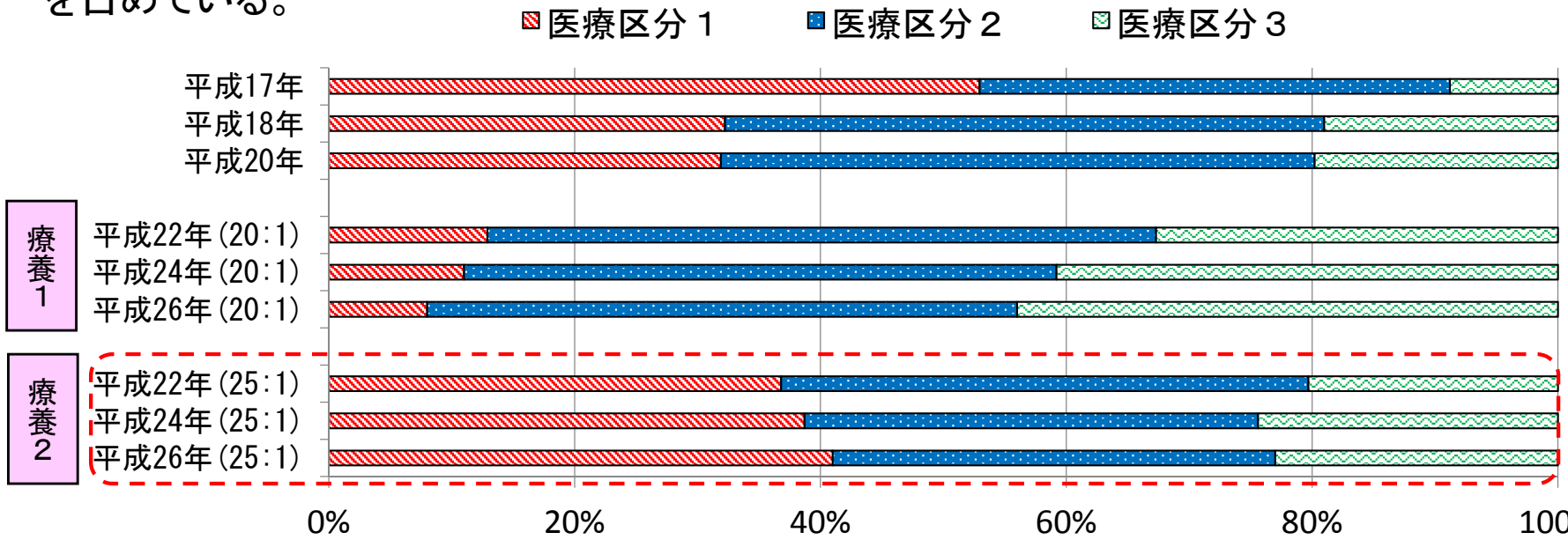
【改革工程表における記載】

＜②慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制に係る制度上の見直しの検討＞

○　地域差是正に向けて、療養病床の入院患者の重症度を適切に評価するための診療報酬上の対応について、平成28年度改定において実施

療養病棟入院基本料について

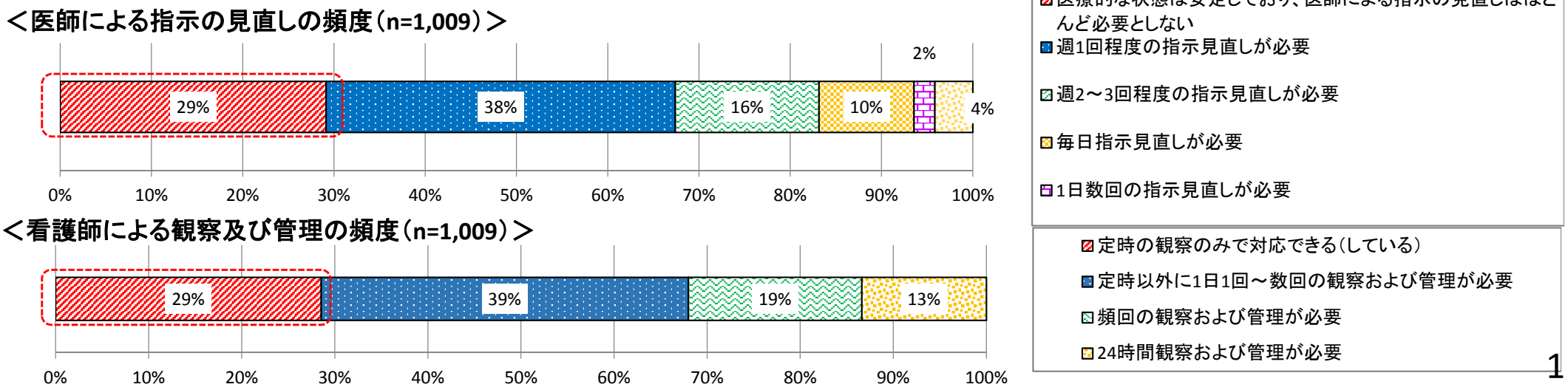
○ 療養病棟入院基本料2の届出病棟では、医療区分1の患者の割合が増加する傾向にあり、入院患者の約4割を占めている。



許可病床数（割合）		
年度	療養1	療養2
平成22年	99,400 (47%)	110,800 (52%)
平成23年	112,900 (53%)	99,100 (46%)
平成24年	125,100 (58%)	89,600 (41%)
平成25年	128,200 (62%)	79,100 (38%)

酸素療法を実施している患者の患者像について

○ 酸素療法に該当する患者のうち、約30%で医師による指示の見直しがほとんど必要なく、約30%で看護師による定時の観察のみで対応できる状態であった。 出典：平成26年度入院医療等の調査（患者票）



28年度改定における見直しの概要

療養病棟の医療区分のきめ細かな評価

➢ 療養病棟入院基本料を算定する病棟における医療区分の評価をより適正なものとするため、酸素療法、うつ状態及び頻回な血糖検査の項目について、きめ細かな状況を考慮する。

現行

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態

医療区分2

- 頻回の血糖検査を実施している状態
  - ・糖尿病に対するインスリン治療を行っているなどの、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態（検査日から3日間）
- うつ症状に対する治療を実施している状態
  - ・うつ症状に対する薬を投与している場合
  - ・精神科専門療法（入院精神療法等）を算定している場合）

改定後

医療区分3

- 酸素療法を実施している状態のうち、
  - ・常時流量3L/分以上を必要とする状態
  - ・心不全の状態 （NYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度）
  - ・肺炎等の急性増悪により点滴治療を実施している状態（実施から30日間）

医療区分2

- 酸素療法を実施している状態（上記以外）
- 頻回の血糖検査を実施している状態
  - ・糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態（検査日から3日間）
- うつ症状に対する治療を実施している状態
  - ・精神保健指定医がうつ症状に対する薬を投与している場合
  - ・精神科専門療法（入院精神療法等）を算定している場合）

療養病棟入院基本料2における医療区分の高い患者の割合に応じた評価

- 医療療養病床を有効に活用する観点から、療養病棟入院基本料1と同様に入院基本料2においても医療区分2・3の患者の受入を要件とする。

現行（7対1入院基本料）	改定後（7対1入院基本料）
【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上	【療養病棟入院基本料1】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が8割以上
【療養病棟入院基本料2】 入院患者に関する要件なし	【療養病棟入院基本料2】 当該病棟の入院患者のうち、医療区分2又は3の患者が5割以上

- ただし、医療区分2・3の患者の割合又は、看護職員の配置基準（25対1）のみを満たさない病棟が、以下の基準を満たしている場合には、平成30年3月末日までに限り、所定点数の95／100を算定できる。

① 療養病棟入院基本料2の施設基準のうち、「看護職員25対1」を「看護職員30対1」に読み替えたものを満たすこと。
② 平成28年3月31日時点で6か月以上療養病棟入院基本料1又は2を届け出ていた病棟であること。

「かかりつけ医」の普及の推進

【改革工程表における記載】

＜⑨かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討＞

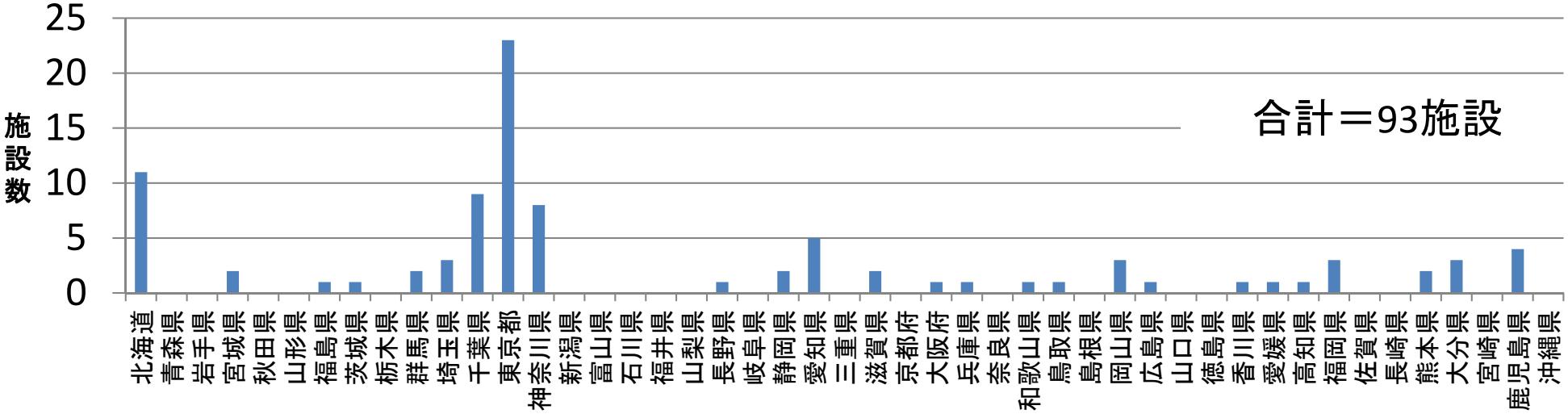
○　かかりつけ医機能の更なる強化に向け、地域包括診療料等の普及に向けた必要な要件見直し等について、中央社会保険医療協議会において検討し、平成28年度診療報酬改定で対応

「かかりつけ医」の普及について

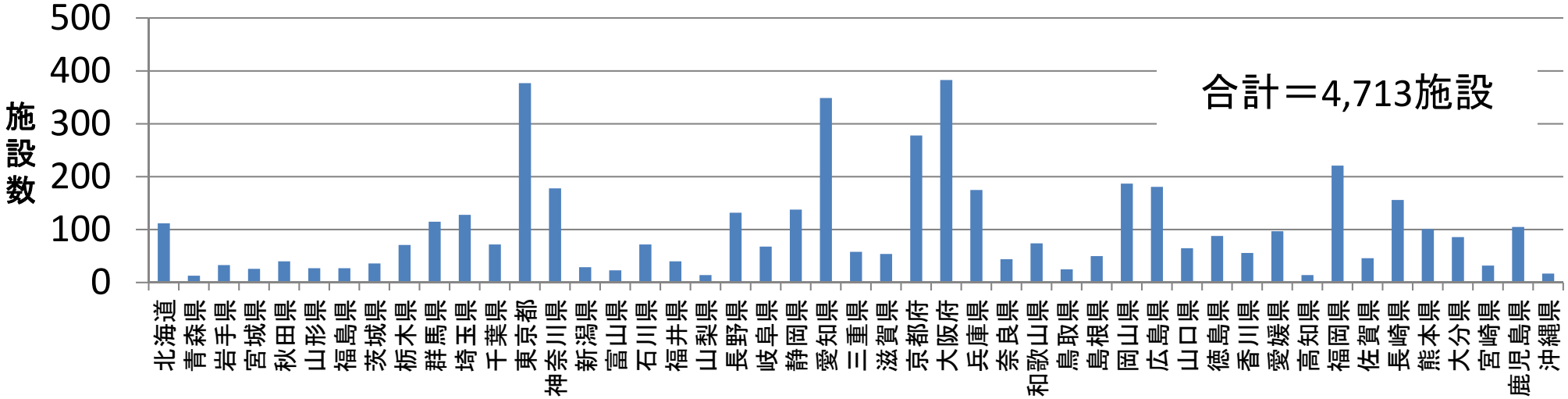
○　平成26年度改定において、「複数の慢性疾患を持つ患者」（※）に対して、在宅医療の提供と24時間対応、服薬管理、健康管理等を包括的に行う「かかりつけ医」を評価するため、「地域包括診療料」及び「地域包括診療加算」を創設。　　※　高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上の疾患を併せ持つ患者

○　一定の普及はしたものの、地域差も大きく、今後、更なる普及が必要。

地域包括診療料を届け出た施設数



地域包括診療加算を届け出た施設数



「かかりつけ医」の普及の推進

1.「認知症地域包括診療料」の創設

➢複数疾患を有する認知症患者に対して、継続的かつ全人的な医療等を実施する場合に、主治医機能としての評価を行う。（1,515点／月）

[算定要件]
下記の全てを満たす認知症患者
(1)　認知症以外に1以上の疾患を有する。
(2)　以下のいずれの投薬も受けていない。
　①　1処方につき5種類を超える内服薬
　②　1処方につき3種類を超える向精神薬
(3) その他の地域包括診療料の算定要件を満たす。

2.「地域包括診療料」等の施設基準の緩和

➢「地域包括診療料」等について、その施設基準を緩和し、普及を促す。

【病院の場合】
下記のすべてを満たすこと
①2次救急指定病院または救急告示病院　→　（削除）
②地域包括ケア病棟入院料等の届出
③在宅療養支援病院

【診療所の場合】
下記のすべてを満たすこと
①時間外対応加算1の届出
②常勤医師が3人以上在籍　→　常勤医師が2人以上在籍
③在宅療養支援診療所

3.「小児かかりつけ診療料」の創設

➢小児科のかかりつけ医機能を推進する観点から、小児外来医療において、継続的に受診し、同意のある患者について、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価。

「小児かかりつけ診療料」（処方せんを交付する場合）　初診時：602点　再診時：413点

【主な算定要件】
① 対象は、継続的に受診している未就学児であって、かかりつけ医とすることについて同意を得ている患者。
② 原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定。患者が受診している保険医療機関をすべて把握する。
③ 患者からの電話等による問い合わせに対して、常時対応を行うこと。
④ 児の健診歴及び健診結果、予防接種歴を把握。発達段階に応じた助言・指導、予防接種の有効性・安全性に関する指導・助言等を行う。

費用対効果評価の試行導入について

【改革工程表における記載】
＜㉗公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討＞
＜（ⅱ）医薬品や医療機器等の保険適用に際して費用対効果を考慮することについて平成28年度診療報酬改定において試行的に導入した上で、速やかに本格的な導入を目指す＞
○　費用対効果評価について、評価対象の選定方法や評価結果の活用方法等について、平成28年度診療報酬改定での試行的導入に向けて検討、結論

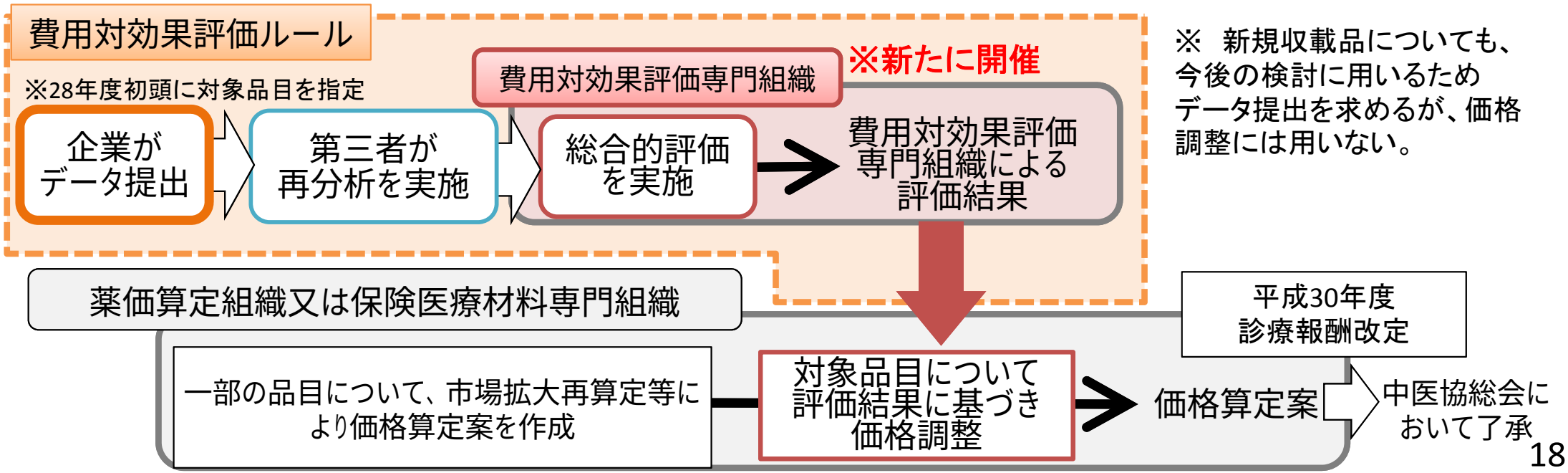
費用対効果の試行導入について

- 高額な医療技術の増加による医療保険財政への影響についての懸念等から、中医協に費用対効果評価専門部会を設置し、議論を進めてきたところ。平成28年度診療報酬改定において、医薬品・医療機器の評価について、費用対効果評価の観点を試行的に導入する。

＜中医協における検討の経緯＞

2012.5	費用対効果評価専門部会の創設 対象技術、分析手法、評価結果の活用方法等について、海外の事例も参考にしながら、月に一回程度のペースで議論
2014.4～2015.11	具体例を用いた検討を実施し課題等を報告、個別の論点にそって議論
2015.12	試行的導入の在り方についてとりまとめ
2016.4	費用対効果評価の試行的導入

＜試行的導入における取組の流れ（概要）＞



※　新規収載品についても、今後の検討に用いるためデータ提出を求めるが、価格調整には用いない。

調剤報酬の見直し
（「かかりつけ薬局・薬剤師の推進、いわゆる大型門前薬局の評価の適正化、調剤料の見直し等）

【改革工程表における記載】

＜㊲平成28年度診療報酬改定において、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証し、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化、患者本意の医薬分業の実現に向けた見直し＞

○　調剤報酬について、大型門前薬局の評価の適正化、処方箋の受付や薬剤の調製など対物業務に係る評価の適正化、服薬情報の一元的・継続的管理とそれに基づく薬学的管理・指導に対する適正な評価等の観点から、平成28年度診療報酬改定において、抜本的・構造的な見直しを実施

調剤報酬の見直しについて（1）

1．かかりつけ薬剤師の評価

○　患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。

現行

薬剤服用歴管理指導料
41点/34点

→

改定後

かかりつけ薬剤師が行う服薬指導

（新）かかりつけ薬剤師指導料　70点

かかりつけ薬剤師以外の薬剤師が行う服薬指導

薬剤服用歴管理指導料　50点/38点

50点：初回の来局時。2回目以降、お薬手帳がない場合
38点：2回目以降、お薬手帳がある場合

＜「かかりつけ薬剤師」が行う業務＞

- 患者の全ての受診医療機関と服薬状況を一元的に把握
- 調剤後も患者の服薬状況や指導内容を処方医へ提供し、必要に応じて処方提案
- 患者からの相談に24時間応じられる体制
- 服用薬の整理（必要に応じて患家を訪問）

※　「かかりつけ薬剤師」の要件
- 保険薬剤師として一定年数以上の薬局勤務経験
- 当該保険薬局に週の一定時間以上勤務
- 当該保険薬局に一定年数以上の在籍
- 研修認定の取得　・医療に係る地域活動への参画

2．かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能の評価（基準調剤加算の見直し）

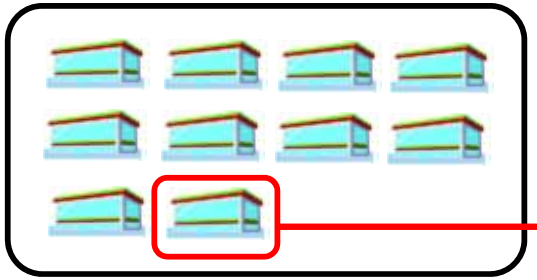
○　かかりつけ薬剤師が役割を発揮できる薬局の体制及び機能を評価するため、基準調剤加算を統合し、「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、在宅訪問の実施、開局時間、相談時のプライバシーへの配慮等の要件を見直す。

調剤報酬の見直しについて（2）

3. いわゆる大型門前薬局の評価の適正化

➢ グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超であって、特定の医療機関からの処方せん集中率が95%超の薬局等の調剤基本料を引下げ（41点→20点）

【同一グループの薬局】



・グループ全体の処方せん受付回数が4万枚超

かつ

・処方せん集中率が95%超

→ **調剤基本料　20点**

4. 処方せん受付回数と集中率による特例の拡大

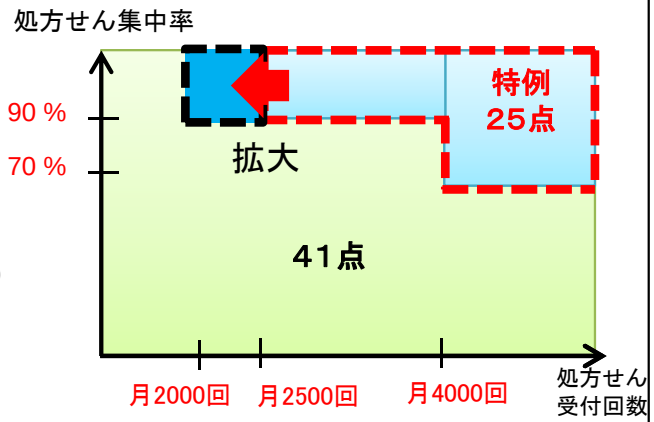
➢ 現在、既に講じている門前薬局対策としての調剤基本料の特例についても、その対象範囲を拡大

【拡大対象】

・処方せん受付回数月2,000回超　かつ　集中率90%超

・特定の医療機関からの処方せん受付回数が月4,000回超（集中率にかかわらず対象）

➡ **調剤基本料　25点**



5.「調剤料」の見直し

➢ 対物業務から対人業務への構造的な転換を進めるため、内服薬の調剤料及び一包化加算の評価を見直す。

内服薬の調剤料の見直し

【内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。）（1剤につき）】

イ　14日分以下の場合

(1) 7日目以下の部分（1日分につき）	5点
(2) 8日目以上の部分（1日分につき）	4点
ロ　15日分以上 21日分以下の場合	71点→**70点**
ハ　22日分以上 30日分以下の場合	81点→**80点**
ニ　31日分以上の場合	89点→**87点**

一包化加算の見直し

【一包化加算】

注3　2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　56日分以下の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数

ロ　57日分以上の場合　290点

→ **イ　42日分以下**の場合投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数

ロ　43日分以上の場合　　220点

多剤・重複投薬、残薬の減少の取組の推進

【改革工程表における記載】
＜㊲平成28年度診療報酬改定において、保険薬局の収益状況を踏まえつつ、医薬分業の下での調剤技術料・薬学管理料の妥当性、保険薬局の果たしている役割について検証し、調剤報酬について、服薬管理や在宅医療等への貢献度による評価や適正化、患者本意の医薬分業の実現に向けた見直し＞

○ 調剤報酬について、大型門前薬局の評価の適正化、処方箋の受付や薬剤の調製など対物業務に係る評価の適正化、服薬情報の一元的・継続的管理とそれに基づく薬学的管理・指導に対する適正な評価等の観点から、平成28年度診療報酬改定において、抜本的・構造的な見直しを実施

多剤・重複投薬の削減や残薬解消の取組

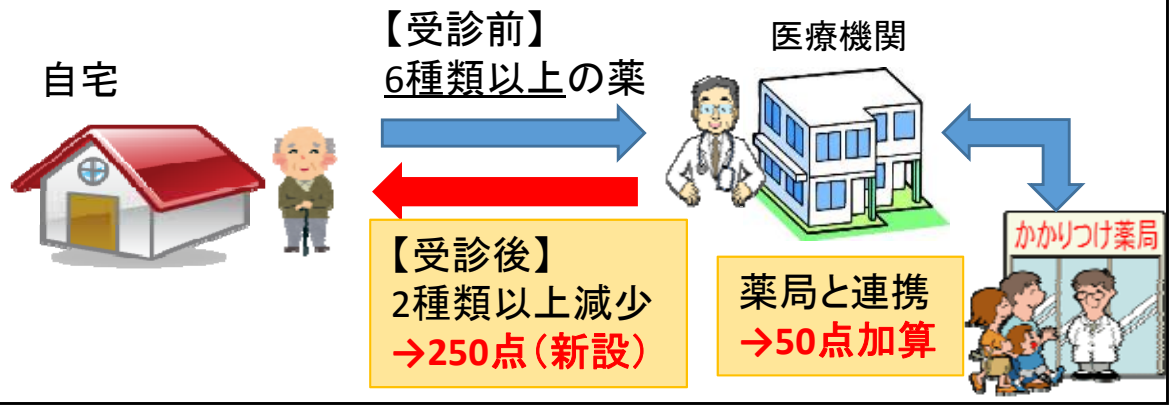
1. 医療機関における減薬等の評価

○入院患者に対する減薬の評価

・入院時に多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して退院時に薬剤が減少した場合を評価

○外来患者に対する減薬の評価

・多種類の服薬（内服薬）を行っている患者に対して受診時に薬剤が減少した場合を評価



2. 薬局における減薬等の評価

○外来患者に対する処方せんの疑義照会の評価

・薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を充実（20点→30点へ充実）

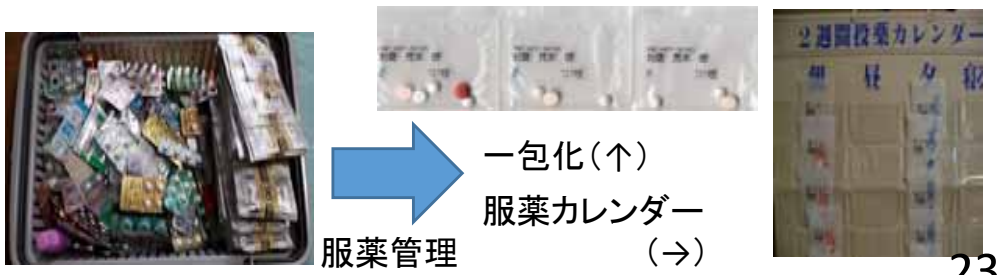
○在宅患者に対する処方せんの疑義照会の評価の充実

・在宅患者について、薬局から処方医へ処方内容の疑義照会を行い、処方内容を変更した場合の評価を新設（30点）【新設】

○残薬等の管理の評価

・薬局が患者に薬剤を入れるバッグ（右図）を配布し、患者が服用中の薬剤を薬局に持参した際に残薬等の薬学管理を行った業務を評価（185点（月1回））【新設】

＜残薬を含む持参薬（イメージ）＞

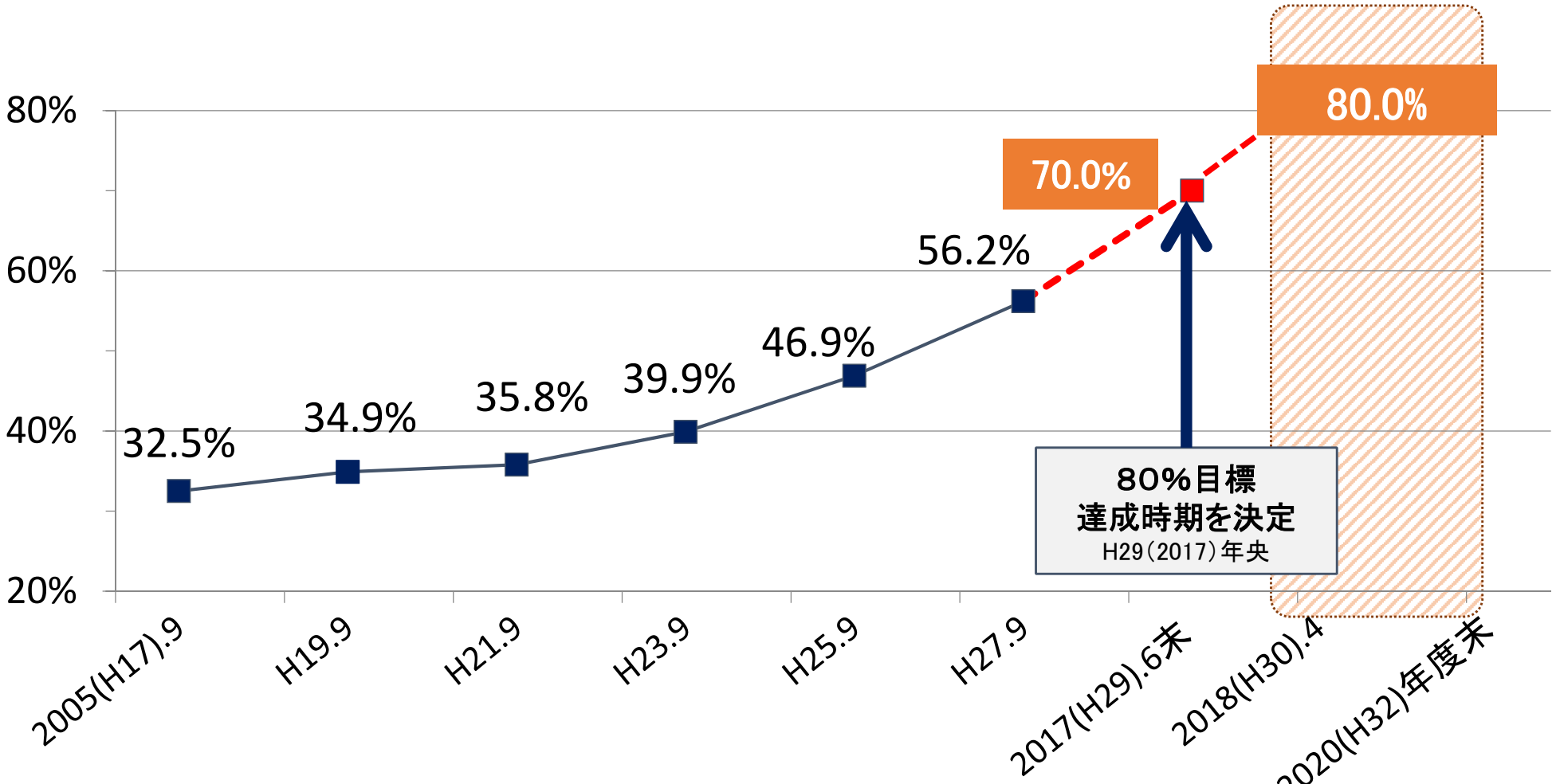


後発医薬品の普及促進・価格適正化

【改革工程表における記載】
＜㉘後発医薬品に係る数量シェアの目標達成に向けて安定供給、信頼性の向上、情報提供の充実、診療報酬上の措置など必要な追加的措置を講じる＞
- ○ 普及啓発等による環境整備に関する事業を実施
- ○ 診療報酬上のインセンティブ措置等の総合的な実施

後発医薬品の数量シェアの推移と目標

数量シェア目標	① 2017年（平成29 年）央に**70%**以上 ② 2018年度（平成30 年度）から2020年度（平成32 年度）末までの間のなるべく早い時期に**80%**以上



注）数量シェアとは、「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェアをいう

厚生労働省調べ

後発医薬品の普及促進・価格適正化

1. 医療機関における取組の評価

○後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

- 後発医薬品の割合に、「新指標」を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

【新設】後発医薬品使用体制加算1（新指標で70%以上）	42点
後発医薬品使用体制加算2（新指標で60%以上）	35点
後発医薬品使用体制加算3（新指標で50%以上）	28点

○診療所における後発医薬品使用体制の評価

- 院内処方の診療所であって、後発医薬品の使用割合の高い診療所を評価。

【新設】外来後発医薬品使用体制加算１（70%以上）４点
加算２（60%以上）３点

○一般名処方加算の見直し

- 後発医薬品が存在する全ての医薬品を一般名で処方している場合の評価を新設。

一般名処方加算1　3点【新設】　一般名処方加算2　2点

※交付した処方せんに1品目でも一般名処方が含まれている場合には加算2を、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合には加算1を算定する。

○処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載

2. 薬局における取組の評価、薬価制度の見直し

○ 後発医薬品調剤体制加算の要件の見直し

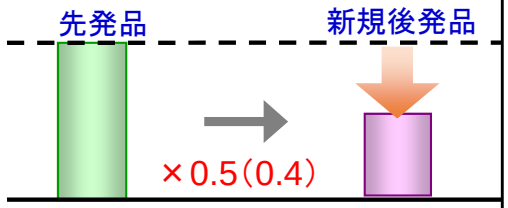
- 数量ベースでの後発医薬品の調剤割合が65%以上及び75%以上の2段階の評価に改める。

改定後	
後発医薬品調剤体制加算1（調剤数量割合55%以上）→65%以上	18点
後発医薬品調剤体制加算2（調剤数量割合65%以上）→75%以上	22点

○新規収載時の後発医薬品の薬価の見直し

【現行】：先発品の薬価×０．６
（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は0.5を乗じた額）

【改定後】：先発品の薬価×０．５
（内用薬については、銘柄数が10を超える場合は0.4を乗じた額）



○既収載時の後発医薬品の薬価改定

- 既収載の後発医薬品の薬価について、3つの価格帯で改定する仕組みを継続。

○後発医薬品の使用促進

平成28年度予算案　２．５億円
（平成27年度予算：２．４億円）

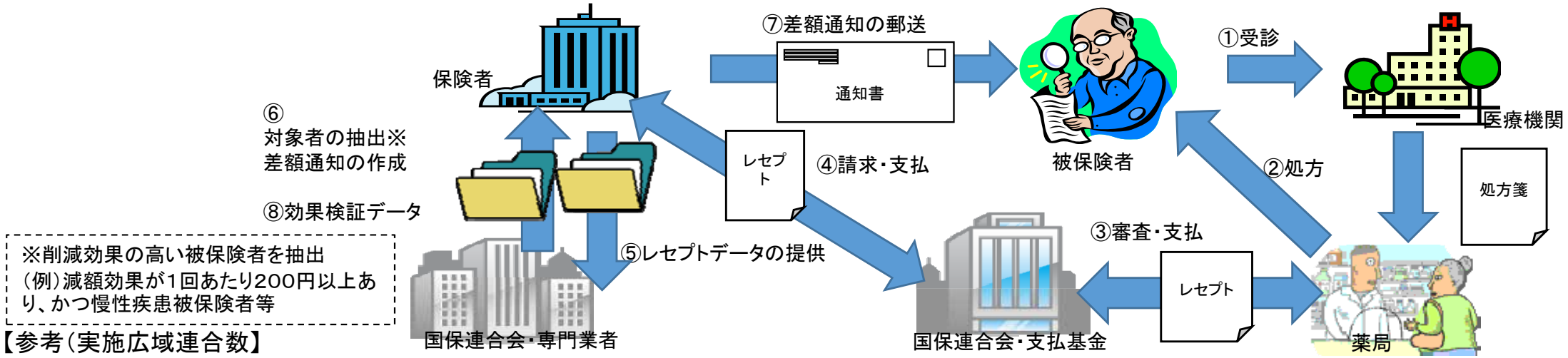
経済財政運営と改革の基本方針2015（平成27年6月30日閣議決定）

（公的サービスの産業化）
民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、中小企業も含めた企業による健康経営の取組との更なる連携を図り、健康増進、重症化予防を含めた疾病予防、重複・頻回受診対策、**後発医薬品の使用促進**等に係る好事例を強力に全国展開する。

事業概要

後発医薬品の使用促進を図るために、保険者が実施する後発医薬品利用差額通知の送付、後発医薬品希望シール・カードの作成及び配付、後発医薬品の普及・啓発に係るリーフレット等の作成等。
※経済財政運営と改革の基本方針2015
後発医薬品の数量シェアの目標値は、平成29年央に70%以上、平成30年度から平成32年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上に引き上げ。

○後発医薬品利用差額通知
・後発医薬品への切り替えを促進するため、後発医薬品に切り替えた場合の薬代の自己負担軽減額を通知
○後発医薬品希望シール・カード
・後発医薬品の希望を医師や薬剤師に伝えやすくするため「希望シール」又は「カード」を作成し、被保険者へ配布又は市町村窓口に設置



【参考（実施広域連合数】

	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度（見込み）
後発医薬品希望カードの配布	6（13%）	28（60%）	41（87%）	46（98%）	47（100%）	47（100%）	47（100%）
後発医薬品利用差額通知の送付	1（2%）	1（2%）	2（4%）	19（40%）	34（72%）	43（91%）	46（98%）

後発品への置換えが進まない既収載品の薬価の改定の特例（いわゆる「Z2」の見直し）

【改革工程表における記載】
＜㉚後発医薬品の価格等を踏まえた特許の切れた先発医薬品の保険制度による評価の仕組みや在り方等の検討＞
○　特許の切れた先発医薬品の価格の引下げ措置（Z2）の見直しを実施

後発品への置換えが進まない既収載品の薬価の改定の特例

最初の後発品が薬価収載されて５年を経過した以降の薬価改定ごとに、後発品への置換え率が７０％未満となる先発品について、市場実勢価格による改定後の薬価から、置換え率に応じて特例的な引下げを行う。

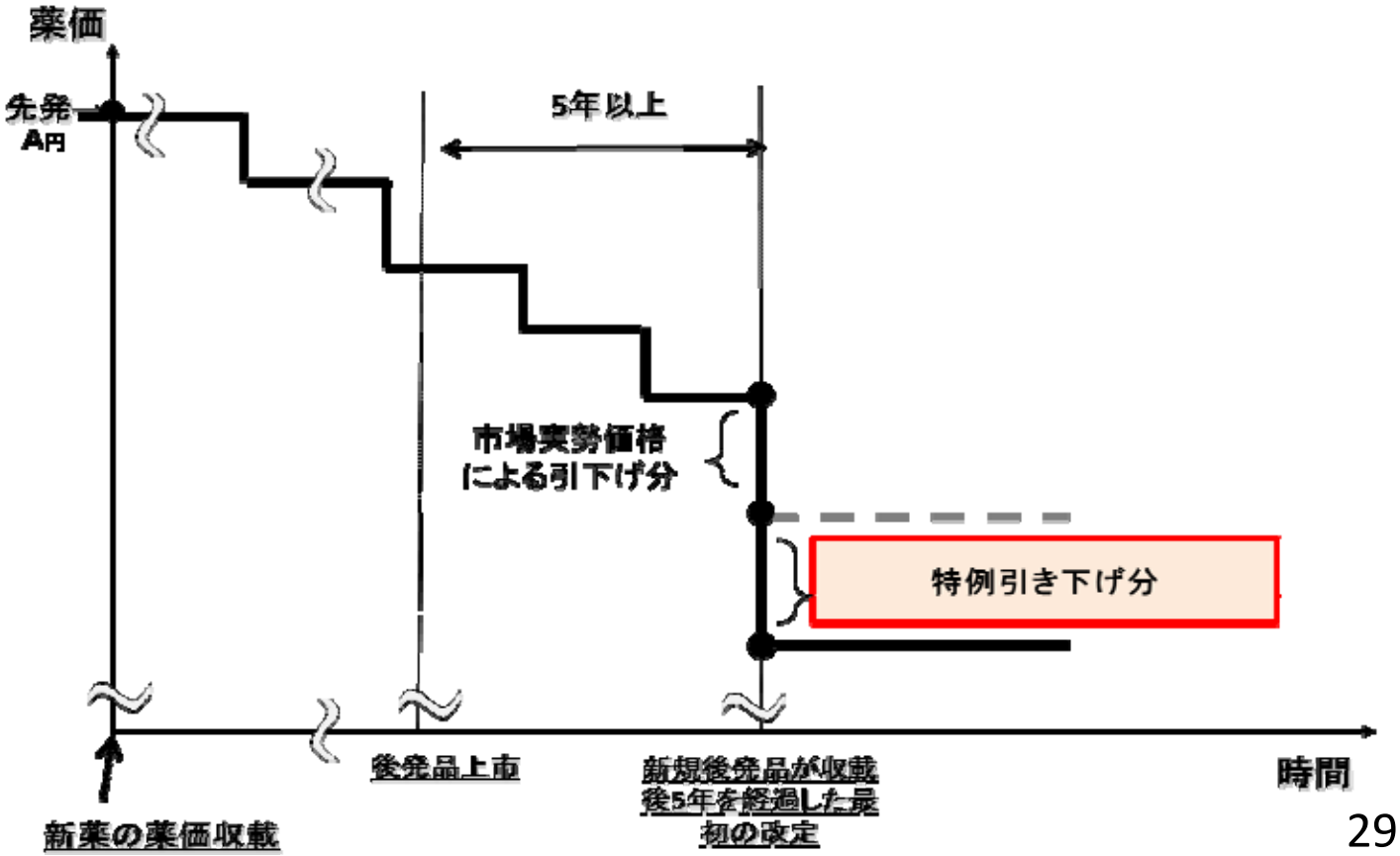
＜引き下げ幅＞

改正前

後発医薬品置換え率
- 20%未満　：▲2．0%
- 20～40%未満　：▲1．75%
- 40～60%未満　：▲1．5%

改正後

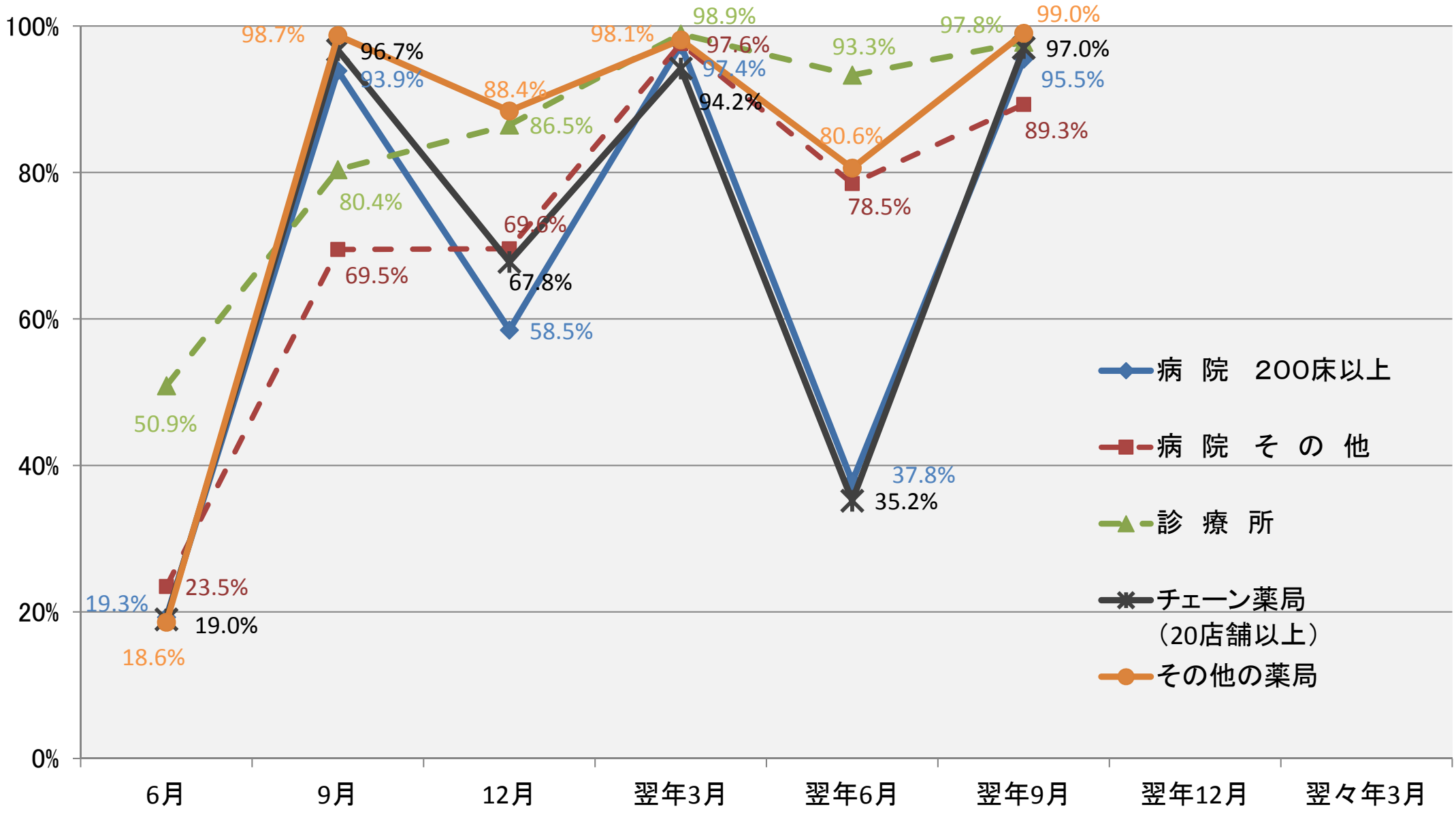
後発医薬品置換え率
- 30%未満　：▲2．0%
- 30～50%未満　：▲1．75%
- 50～70%未満　：▲1．5%



調剤基本料の未妥結減算制度について

【改革工程表における記載】
＜㉞適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善＞
　○　未妥結減算制度について、今後の在り方を検討し、平成28年度診療報酬改定で対応

妥結率の推移
（平成26-27 年度　医療機関･薬局区分）

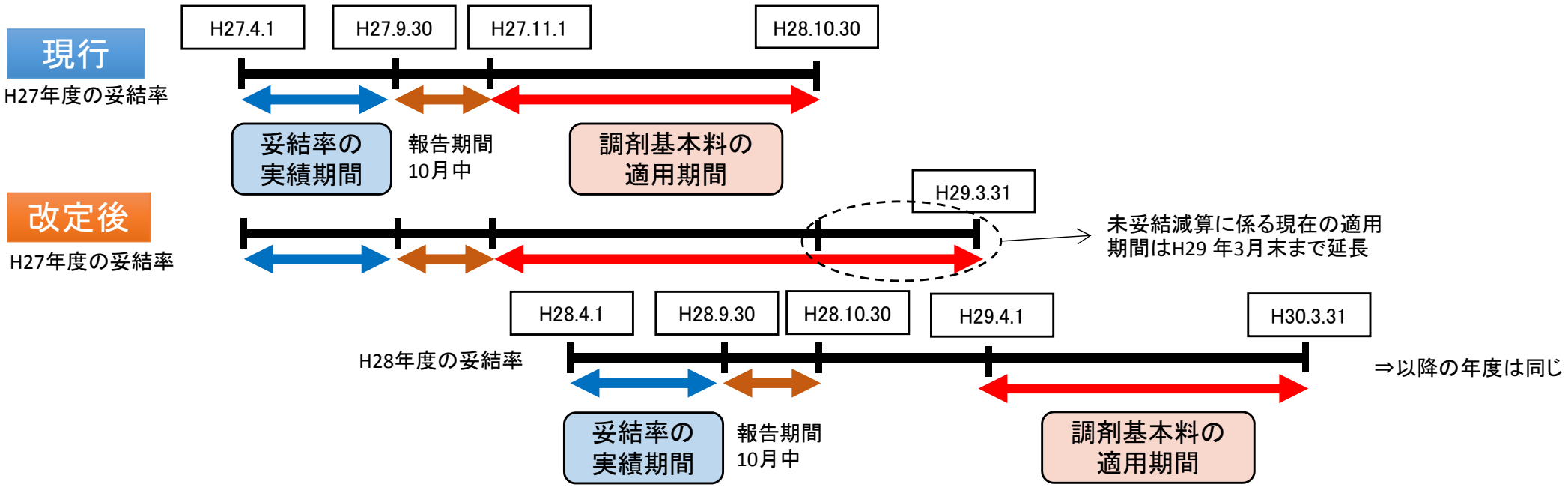


妥結率の報告に係る取扱いの変更

➢ 未妥結減算制度については、今後の妥結状況の検証を行いつつ、継続するが、調剤基本料の適用時期及び妥結率の報告時の添付書類について、以下の見直しを実施。

妥結率の報告に伴う調剤基本料の適用時期の変更

➢妥結率については、現行どおり、4月から9月までの期間における妥結率を10月中に地方厚生（支）局へ報告するが、妥結率が低い場合（妥結率が50%以下）の調剤基本料の引き下げについては、翌年4月1日から適用する。（※医療機関の取扱いは従来どおり当年11月1日から適用）



妥結率の報告時の添付書類の見直し

➢薬局グループ全体の処方せん受付回数が月4万回超のグループに属する保険薬局以外の保険薬局は、妥結率の報告時に妥結の根拠となる書類の添付を不要とする。（当該資料は薬局で保管）

市販品類似薬の保険給付のあり方

【改革工程表における記載】
＜㉗公的保険給付の範囲や内容について適正化し、保険料負担の上昇等を抑制するための検討＞
＜（ⅳ）市販品類似薬に係る保険給付について見直しを検討＞
○　公的保険給付の範囲の見直しや医薬品の適正使用の観点等から、平成28年度診療報酬改定において、長らく市販品として定着したOTC類似薬を保険給付外とすること等について、その具体的内容を検討し、結論

医薬品の適正給付

湿布薬の適正給付

➢ 一度に多量の湿布薬が処方される例が一定程度あり、地域によっても状況が多様であることから、医薬品の適正給付の観点より以下の対応を実施する。

① 外来患者に対して、**1処方につき計70枚を超えて投薬する場合は、当該超過分の薬剤料等を算定しない。**ただし、医師が医学上の必要性があると判断し、やむを得ず計70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

② 湿布薬の処方時は、処方せん及び診療報酬明細書に、投薬全量の他1日分の用量又は何日分に相当するかを記載する。

※対象となる「湿布薬」は、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤をいう。（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）

現行

【投薬　調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】
（新設）

【投薬　薬剤料】
（新設）

改定後

【投薬　調剤料・処方料・処方せん料・調剤技術基本料】
入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合には算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

【投薬　薬剤料】
入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、当該超過分に係る薬剤料を算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方せん及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

新薬創出・適応外薬解消等促進加算

【改革工程表における記載】
＜㉛基礎的な医薬品の安定供給、創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置の検討＞
○　基礎的医薬品の安定供給に必要な薬価上の措置、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の在り方や、先駆け審査指定制度の対象となる医薬品など医療上の必要性の高い医薬品に係る評価の在り方について、平成28年度診療報酬改定で対応

新薬創出・適応外薬解消等促進加算について

➢ 28年度薬価改定において、試行を継続

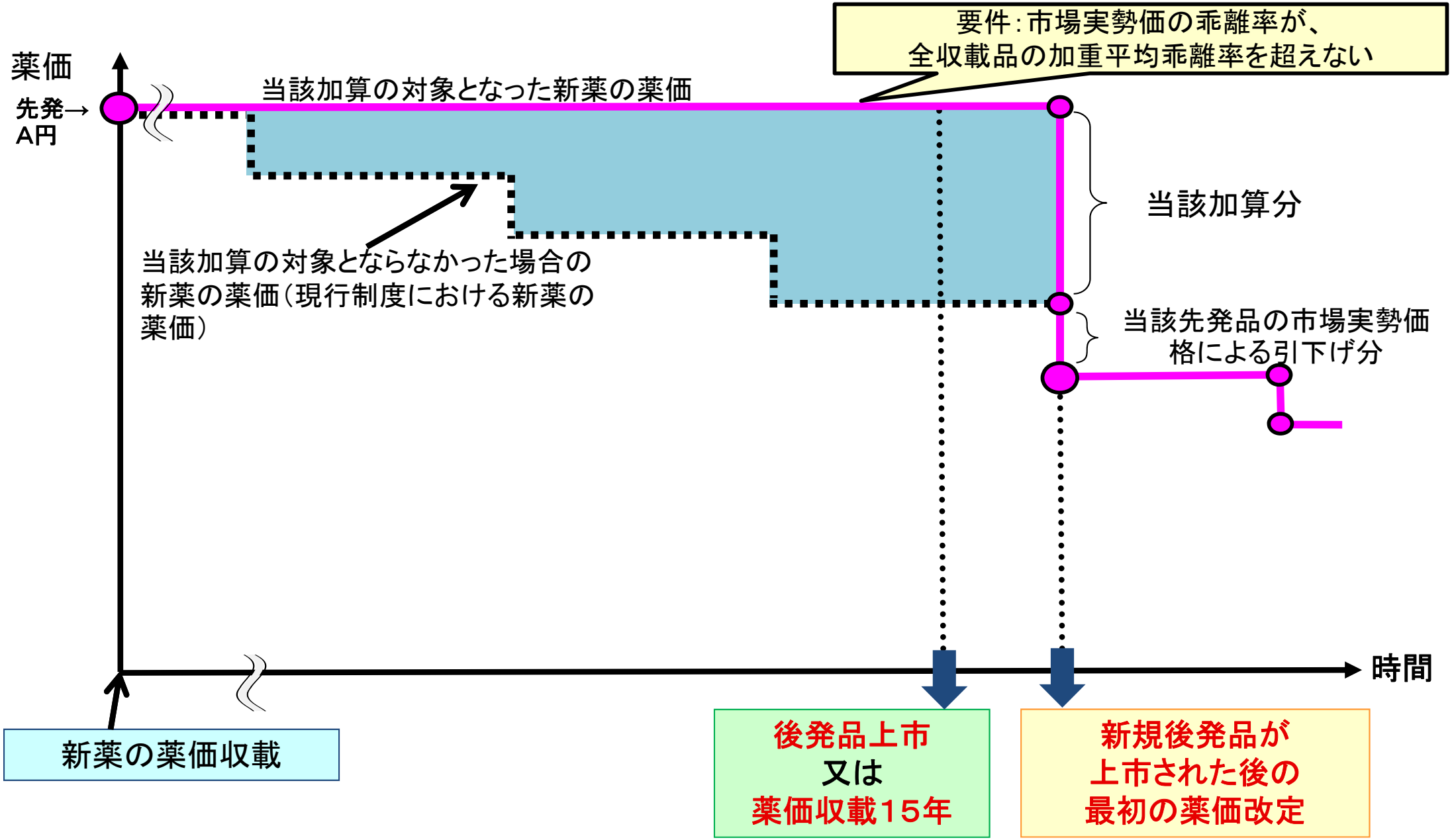
目的

後発医薬品が上市されていない新薬のうち一定の要件を満たすものについて、後発医薬品が上市されるまでの間、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを一時的に猶予することにより、喫緊の課題となっている適応外薬等の問題の解消を促進させるとともに、革新的な新薬の創出を加速させること

これまでの経緯

〇平成22年度薬価制度改革において試行的に導入
〇平成24年度、平成26年度において試行を継続

「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」と
当該加算が適用された新薬の薬価算定の薬価の推移のイメージ



基礎的医薬品について

【改革工程表における記載】
＜㉛基礎的な医薬品の安定供給、創薬に係るイノベーションの推進、真に有効な新薬の適正な評価等を通じた医薬品産業の国際競争力強化に向けた必要な措置の検討＞
○　基礎的医薬品の安定供給に必要な薬価上の措置、新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の在り方や、先駆け審査指定制度の対象となる医薬品など医療上の必要性の高い医薬品に係る評価の在り方について、平成28年度診療報酬改定で対応

平成28 年度薬価制度改革における
基礎的医薬品対象品目

基礎的医薬品については、最も販売額が大きい銘柄に価格を集約してその薬価を維持する。

対象品目：134成分439品目

区分	成分数（品目数）	品目（例示）	主な効能効果
病原生物	51（160）	アモリン細粒 エブトール錠 レトロビルカプセル アラセナーA点滴静注用	各種感染症 肺結核 等 HIV 感染症 単純ヘルペス脳炎 等
麻薬	6（15）	MSコンチン錠 モルヒネ塩酸塩注射液	激しい疼痛を伴う各種癌における鎮痛 激しい疼痛時における鎮痛・鎮静 等
不採算	77（264）	フェニトイン散 チラーヂンS散 経口用エンドキサン原末 パム静注 ソルデム3輸液（維持液）	てんかんのけいれん発作 乳幼児甲状腺機能低下症 多発性骨髄腫 等 有機リン剤の中毒 経口摂取不能な場合の水分補給 等

※ 重複する場合は不採算として集計

「平成28年度薬価制度改革の骨子」
（平成27年12月25日中央社会保険医療協議会了承）

Ⅱ　既収載医薬品の薬価改定

3．基礎的医薬品

基礎的医薬品については、現行の不採算品再算定、最低薬価になる前の薬価を下支えする制度として位置付け、平成28年度薬価制度改革においては試行的な取組みとして、下記の要件を全て満たす医薬品を対象とし、最も販売額が大きい銘柄に価格を集約してその薬価を維持することとする。

① 収載から25年以上経過し、かつ成分全体及び銘柄の乖離率が全ての既収載品の平均乖離率以下

② 一般的なガイドラインに記載され、広く医療機関で使用されている等、汎用性のあるもの

③ 過去の不採算品再算定品目、並びに古くから医療の基盤となっている病原生物に対する医薬品及び医療用麻薬

なお、基礎的医薬品の制度によらず十分な収益性が見込まれる品目は対象外とするとともに、基礎的医薬品として薬価が維持されている間は継続的な安定供給を求めることとする。

医療機器

【改革工程表における記載】
＜㉟医療機器の流通改善及び保険償還価格の適正化を検討＞
○　平成27年度価格調査を踏まえ、特定保険医療材料の償還価格への市場実勢価格の適切な反映について、平成28年度診療報酬改定で対応

平成28年度保険医療材料制度改革の概要

医療機器の内外価格差の是正

➢ 従前より指摘されてきた医療機器の内外価格差をさらに是正

- 再算定を行う場合の水準について、**市場実勢価格の加重平均値と外国平均価格の比率を1．5倍から1．3倍に引き下げ**。
- 直近2回の材料価格改定を通じた下落率が15%以内である場合に、**外国平均価格を算出方法を以下の方法に変更**し、比率の計算に使用。

① 最高価格が最低価格の3倍を超える場合は、当該最高価格を除外

② 価格が3か国以上あり、そのうち最高価格がそれ以外の価格の相加平均値の2倍を上回る場合は、当該最高価格をそれ以外の価格の相加平均値の2倍相当とみなす

イノベーションの評価

➢ より革新性の高い医療材料についてのイノベーションの評価を充実

- デバイスラグを解消する観点から、新たに以下の評価を行う。

① **機能区分の特例の対象に追加**（公募に応じた企業の、次の申請品目も対象）

② **価格調整の比較水準を1．5倍に緩和**　（原則は1．3倍）

③ **外国平均価格比が著しく低い製品への対応を精緻化**：類似機能区分比較方式で算定した場合に外国平均価格の0．8倍以下となる場合、原価計算方式での算定を申請できることとする。（原則は0．5倍）

前回改定の検証結果の反映

【改革工程表における記載】
＜㊳診療報酬改定における前回改定の結果・保険医療費への影響の検証の実施とその結果の反映及び改定水準や内容に係る国民への分かりやすい形での説明＞
○　保険料などの国民負担、保険財政や国の財政に係る状況、物価・賃金の動向、医療機関の経営状況、対応が必要な医療課題、前回改定の検証結果等を踏まえ、平成28年度診療報酬改定を実施

前回改定の検証結果の反映

➢ 前回26年度改定の結果に係る検証調査を行い、その結果に基づき、28年度改定を実施。

【前回改定の結果検証に係る調査】
（平成26年度に実施したもの）】
○ 入院医療に関する調査
○ 同一建物同一日の訪問診療等の適正化による影響調査
○ 機能強化型訪問看護ステーションの実態と訪問看護の実施状況調査
○ 適切な向精神薬使用の推進や精神疾患患者の地域移行と地域定着の推進等を含む精神医療の実施状況調査
○ 救急医療管理加算等の見直しによる影響や精神疾患患者の救急受入を含む救急医療の実施状況調査
○ 夜間の看護要員配置の評価や月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置による影響及びチーム医療の推進等を含む医療従事者の負担軽減措置の実施状況調査
○ 後発医薬品の使用促進策の影響及び実施状況調査

（平成27年度に実施したもの）
○ 主治医機能の評価の新設や紹介率・逆紹介率の低い大病院における処方料等の適正化による影響を含む外来医療の機能分化・連携の実施状況調査
○ 在宅療養広報支援病院の新設や機能強化型在宅療養支援診療所等の評価の見直しによる影響、在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制の推進等を含む在宅医療の実施状況調査
○ 訪問歯科診療の評価及び実態等に関する調査
○ 廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等による影響や維持期リハビリテーションの介護保険への移行の状況を含むリハビリテーションの実施状況調査
○ 胃ろうの増設等の実施状況調査
○ 明細書の無料発行の実施状況調査

３．療養病床の在り方検討会

【改革工程表における記載】

＜②慢性期の医療・介護ニーズに対応するサービス提供体制に係る制度上の見直しの検討＞

○　厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」において、地域医療構想ガイドラインにおいて在宅医療等で対応するとされた者についての医療・介護サービス提供体制上の対応、2017年度末で廃止が予定されている介護療養病床の取扱い等について検討し、具体的な改革の選択肢を整理

「療養病床の在り方等に関する検討会」による新たな選択肢の整理案（概要）

慢性期の医療・介護ニーズに対応する今後のサービスの提供体制を整備するため、**介護療養病床を含む療養病床の在り方**をはじめ、**具体的な改革の選択肢の整理**等を行うことを目的として、療養病床の在り方等に関する検討会を開催。

議論の経過
第1回～第4回：療養病床の在り方等を検討する際の論点について（※第2回に有識者・自治体関係者からのヒアリングを実施）
第5回：新たな類型に関する論点について　　第6回～第7回：新たな選択肢について
平成28年1月28日「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」を公表

新たな類型の整理案について

現行の介護療養病床、医療療養病床（25対1）の主な利用者のイメージ

○ **要介護度や年齢が高い者が多い**
⇒ 80歳以上の高齢者、要介護度が４以上の者が大宗を占める

○ **平均在院日数が長く、死亡退院が多い**
⇒ 医療療養病床が約半年、介護療養病床が約１年半の平均在院日数
⇒ 介護療養病床は約４割、医療療養病床(25対1)は約３割が死亡退院

○ **一定程度の医療が必要**
⇒ 医療療養病床(20対1)よりも比較的医療の必要性が低いが、病態は様々で容体急変のリスクのある者も存在

新たな選択肢を考えるに当たっての基本的な考え方

○ 利用者の生活様式に配慮し、長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備**（『住まい』の機能を満たす）**

○ 経管栄養や喀痰吸引等を中心とした**日常的・継続的な医学管理**や、**充実した看取りやターミナルケア**を実施する体制

医療・介護ニーズがあり、長期療養の必要がある者に対応する新たな類型

① 医療機能を内包した施設類型（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、2つのパターンが想定される）

② 医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型（医療機能の集約化等により、医療療養病床（20対1）や診療所に転換。残りスペースを居住スペースに。）

※　療養病床の在り方等に関する検討会は、療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて、サービス提供体制の新たな選択肢の整理を行うものであり、**具体的な制度設計（財源、人員配置、施設基準等）は、社会保障審議会の部会**において議論。

※　なお、今後の検討に向けたメッセージとして構成員から例えば以下のような意見があった。

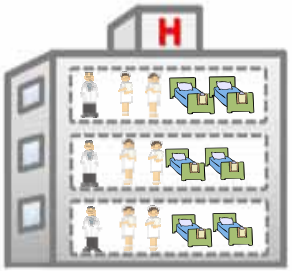
- 医師や看護職員、介護職員の配置については、併設の病院なり診療所での医師や職員が柔軟に対応できるような配置要件が必要。
- 長期に療養し、そこで亡くなるということを踏まえると、たとえ面積は狭くても個室などのプライバシーが保てるような場にすることが必要。
- 介護療養病床の廃止期限の再延長、医療療養病床の看護人員配置の経過措置の延長は、選択肢として残すべき。
- 新たな類型については、低所得の受け皿となることが考えられるため、低所得者対策を認めることが必要になる。

慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービス提供類型（イメージ）

医療機関（医療療養病床20対1）

○医療区分Ⅱ Ⅲを中心とする者。

○医療の必要性が高い者。



○人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療

○24時間の看取り・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ

○当直体制（夜間・休日の対応）

●介護ﾆｰｽﾞは問わない

医療機能を内包した施設系サービス

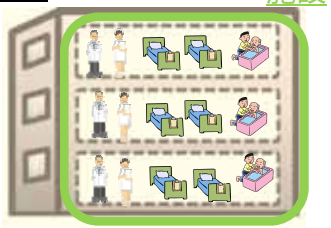
（患者像に併せて柔軟な人員配置、財源設定等ができるよう、２つのパターンを提示。）

新（案1-1）

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。

○医療の必要性が比較的高く、**容体が急変するリスク**がある者。

施設



○喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理

○24時間の看取り・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ

○当直体制（夜間・休日の対応）又はｵﾝｺｰﾙ体制

●高い介護ﾆｰｽﾞに対応

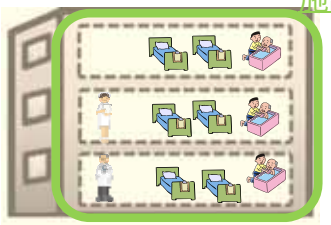
▸実際に想定される医療機関との組み合わせ例

新（案1-2）

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。

○医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者。

施設



○多様なﾆｰｽﾞに対応する日常的な医学管理

○ｵﾝｺｰﾙ体制による看取り・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ

●多様な介護ﾆｰｽﾞに対応

▸実際に想定される医療機関との組み合わせ例

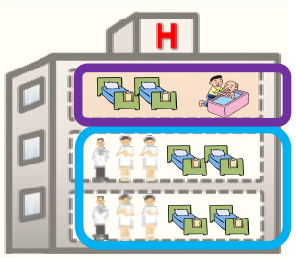
医療を外から提供する、居住スペースと医療機関の併設

（● 医療機能の集約化等により、20対１病床や診療所に転換。
● 残りスペースを居住スペースに。）

新（案2）医療機関に併設

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。

○医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者。



居住スペース

訪問診療

・医療療養病床（20対１）

・診療所（有床又は無床）

今後の人口減少を見据え、病床を削減。スタッフを居住スペースに配置換え等し、病院又は診療所（有床、無床）として経営を維持。

○多様なﾆｰｽﾞに対応する日常的な医学管理

○併設する病院・診療所からのｵﾝｺｰﾙ体制による看取り・ﾀｰﾐﾅﾙｹｱ

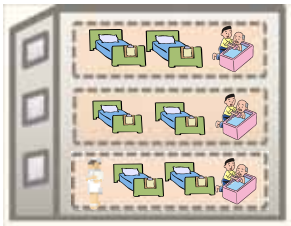
● 多様な介護ﾆｰｽﾞに対応

（注） 居住スペースと医療機関の併設について、現行制度においても併設は可能だが、移行を促進する観点から、個別の類型としての基準の緩和について併せて検討することも考えられる。

現行の特定施設入居者生活介護

○医療区分Ⅰを中心として、長期の医療・介護が必要。

○医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者。



＋

診療所等

○医療は外部の病院・診療所から提供

●多様な介護ﾆｰｽﾞに対応

※ 介護保険施設等への転換を行う場合は、介護保険事業計画の計画値の範囲内となることに留意が必要。

療養病床の在り方等に関する検討会

目　的

○　平成27年３月に定められた地域医療構想ガイドラインでは、慢性期の病床機能及び在宅医療等の医療需要を一体として捉えて推計するとともに、療養病床の入院受療率の地域差解消を目指すこととなった。
○　地域医療構想の実現のためには、在宅医療等で対応する者について、医療・介護サービス提供体制の対応方針を早期に示すことが求められている。
○　一方、介護療養病床については、平成29年度末で廃止が予定されているが、医療ニーズの高い入所者の割合が増加している中で、今後、これらの方々を介護サービスの中でどのように受け止めていくのか等が課題となっている。
○　このため、**慢性期の医療ニーズに対応する今後の医療・介護サービス提供体制について、療養病床の在り方をはじめ、具体的な改革の選択肢の整理等を行う**ため、本検討会を開催する。

検討事項

（１）介護療養病床を含む療養病床の今後の在り方
（２）慢性期の医療・介護ニーズに対応するための（１）以外の医療・介護サービス提供体制の在り方

構成員

（◎は座長、〇は座長代理）

・池端 幸彦　（医療法人池慶会理事長・池端病院院長）
・井上 由起子　（日本社会事業大学専門職大学院教授）
・猪熊 律子　（読売新聞東京本社社会保障部部長）
◎遠藤 久夫　（学習院大学経済学部教授）
・尾形 裕也　（東京大学政策ﾋﾞｼﾞｮﾝ研究ｾﾝﾀｰ特任教授）
・折茂 賢一郎　（中之条町介護老人保健施設六合つつじ荘センター長）
・嶋森 好子　（慶応義塾大学元教授）
・鈴木 邦彦　（日本医師会常任理事）
・瀬戸 雅嗣（社会福祉法人栄和会理事・総合施設長）
〇田中 滋（慶応義塾大学名誉教授）
・土屋 繁之（医療法人慈繁会理事長）
・土居 丈朗（慶応義塾大学経済学部教授）
・東　秀樹（医療法人静光園理事長・白川病院院長）
・松田 晋哉（産業医科大学医学部教授）
・松本 隆利　（社会医療法人財団新和会理事長）
・武藤 正樹　（国際医療福祉大学大学院教授）

スケジュール

○　平成27年７月10日から、平成28年１月15日までに７回検討会を開催し、１月28日に選択肢の整理案を提示。
○　検討会の報告を踏まえ、社会保障審議会の部会において、制度改正に向けた議論を開始。

４．医療費適正化基本方針案の概要

【改革工程表における記載】

＜⑥地域医療構想と整合的な形で、都道府県ごとに医療費の水準や医療の提供に関する目標を設定する医療費適正化計画を策定。国が平成27年度中に標準的な算定方式を示す（都道府県別の医療費の差の半減を目指す）＞

- 国において、NDB等を活用した入院・外来医療費の地域差の「見える化」を実施
- その上で、医療費適正化指標及び目標を検討し、設定
- 医療費目標について、入院医療費については、地域医療構想が実現した場合の医療費の算定式、外来医療費については、医療費適正化目標が達成された場合の効果を織り込んだ医療費の算定式を設定
- 2015年度内に医療費適正化基本方針を告示

医療費適正化計画について

根拠法　　：高齢者の医療の確保に関する法律
作成主体　　：国、都道府県
計画期間　　：５年（第１期：平成20～24年度、第２期：平成25～29年度）
記載事項　　：①医療費の見込み（医療費目標）
②医療費適正化のための取組（可能はものは数値目標を設定）
※現在は、特定健診・保健指導実施率、平均在院日数の短縮目標を設定

〇昨年の医療保険制度改正において以下の見直し
①都道府県が設定する医療費の見込みについて**病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた医療費目標**とする
②**都道府県の取組内容の見直し（後発医薬品の使用促進等を追加）**
③上記を反映させた第３期計画（平成３０年度～３５年度）を都道府県が策定。
早期に計画を策定した都道府県は平成２９年度から前倒し実施

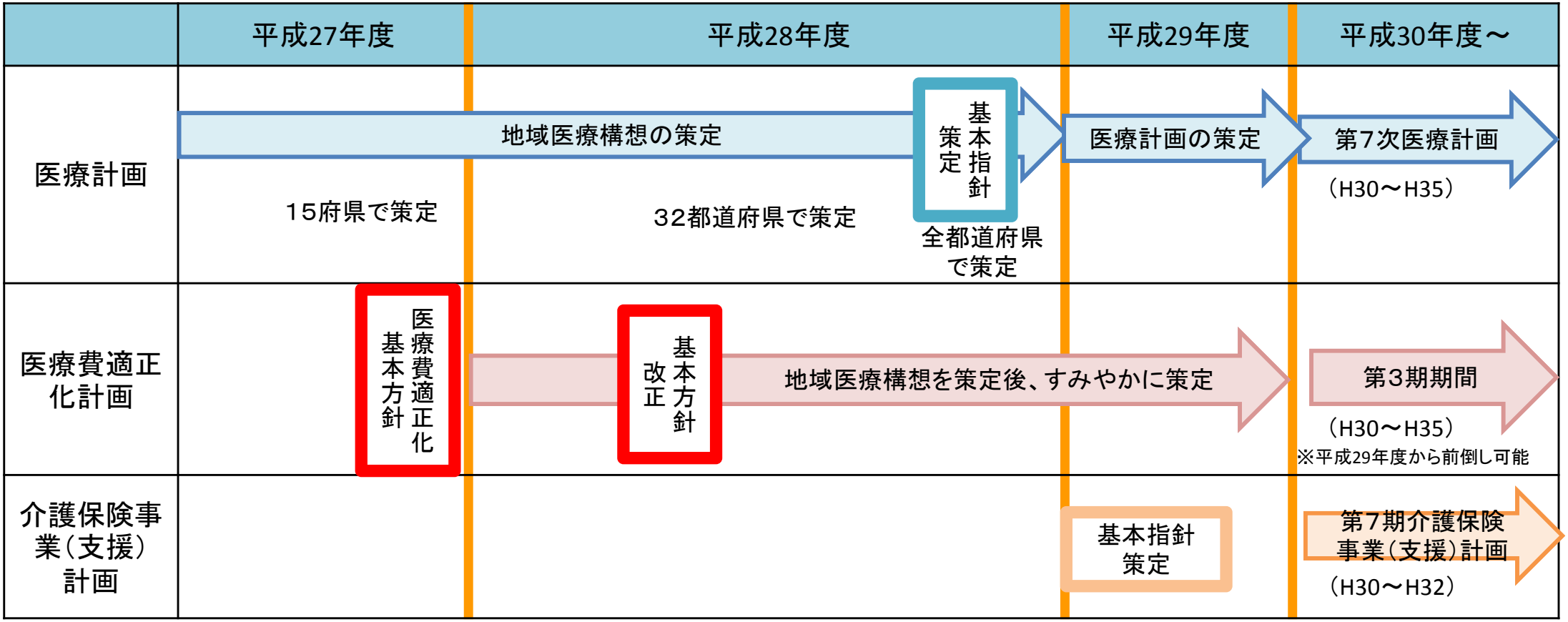
〇国は、都道府県が平成２９年度から計画を前倒し実施することが可能となるよう、
基本方針（大臣告示）を策定

＜基本方針の主な内容＞
①都道府県が**医療費目標を推計するための算定式**（外来医療費・入院医療費）
②都道府県が推進する**医療費適正化の取組**（可能なものは数値目標化）

地域医療構想と医療費適正化計画（スケジュール）

地域医療構想の策定状況

○　地域医療構想については、平成27年度中の策定予定が15府県、平成28年度半ばまでに策定予定が39都道府県、平成28年度中に全都道府県が策定予定。（平成28年1月18日現在）



○　このため、国においては、**本年度末までに、医療費適正化基本方針（大臣告示）を策定**するが、入院医療費の算定式については、今後策定されてくる地域医療構想の内容も踏まえ、本年夏頃を目途に基本方針の一部改正を行い、反映する。

○　また、外来医療費については4月以降もさらなるデータ分析を行い、本年夏頃の基本方針の一部改正時に医療費適正化の取組内容を充実させる。

今年度末に策定する医療費適正化基本方針のポイント

医療費の適正化の取組

【外来医療費】

○都道府県の医療費目標（平成35年度）は、過去のトレンド等を踏まえた平成35年度の医療費から、医療費適正化の取組の効果を反映した医療費目標とする。
効果の反映は2段階で行う。

＜第1段階＞

○都道府県に、平成35年度に向け、①**特定健診・保健指導実施率**の全国目標の達成、②**後発医薬品の使用割合**の全国目標の達成に向けた取組を推進してもらう。
これらの全国目標が達成された場合の医療費の縮減額を反映

※特定健診実施率目標：７０％以上、特定保健指導実施率目標：４５％以上
後発医薬品の使用割合の目標：８０％以上

＜第2段階＞

○その上で、なお残る一人当たり医療費の地域差について、都道府県において、保険者等とも連携しつつ、以下のような取組を推進し、**地域差の縮減を目指す**。

※国は、日本健康会議の取組等を通じて、都道府県・保険者の取組を支援。

- 民間事業者も活用したデータヘルスの推進
- ヘルスケアポイントの実施等健康づくりへのインセンティブ対策の強化
- 糖尿病重症化予防の推進
- 栄養指導等のフレイル対策の推進
- 予防接種の普及啓発
- 重複投薬の是正　等

※このほか、都道府県の独自の取組
※今後のデータ分析の結果も踏まえ、内容の充実があり得る

【入院医療費】

○入院医療費については、病床機能の分化及び連携の推進の成果等を踏まえる。

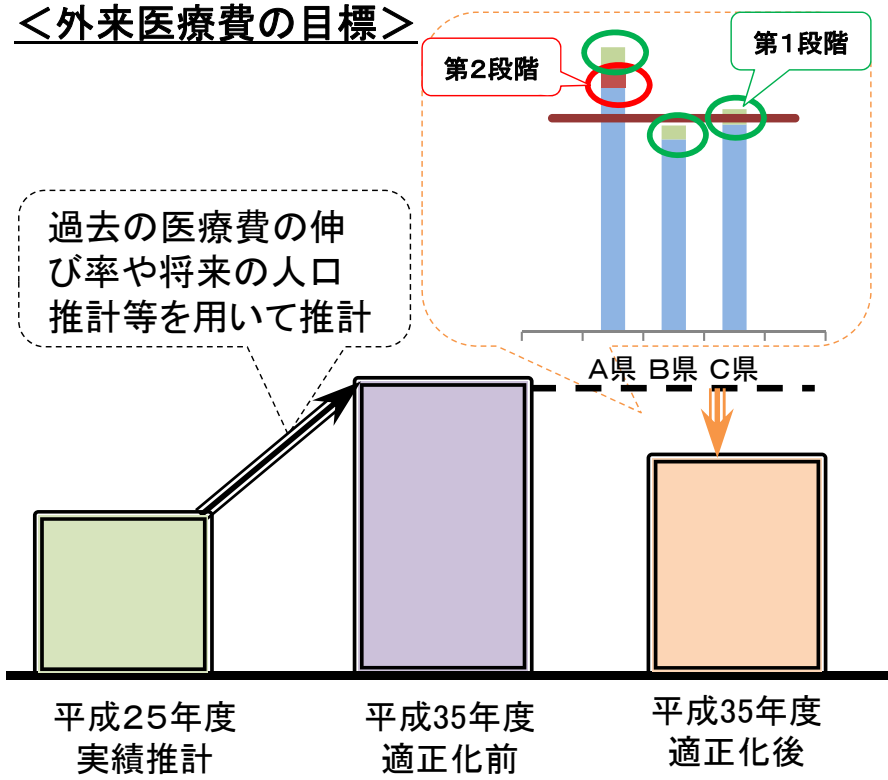
※**今年度末には上記の内容を告示**し、医療費目標の算定式は本年夏頃に告示。

地域差の「見える化」（今年度末に都道府県に提供）

○国において、NDB（ナショナル・データ・ベース）を用いた分析を行い、
- 各都道府県の**疾病別医療費**の地域差（最大54疾病）
- **後発医薬品の使用促進**の地域差
- **重複・多剤投薬**の地域差など、「**地域差の見える化**」を行う。

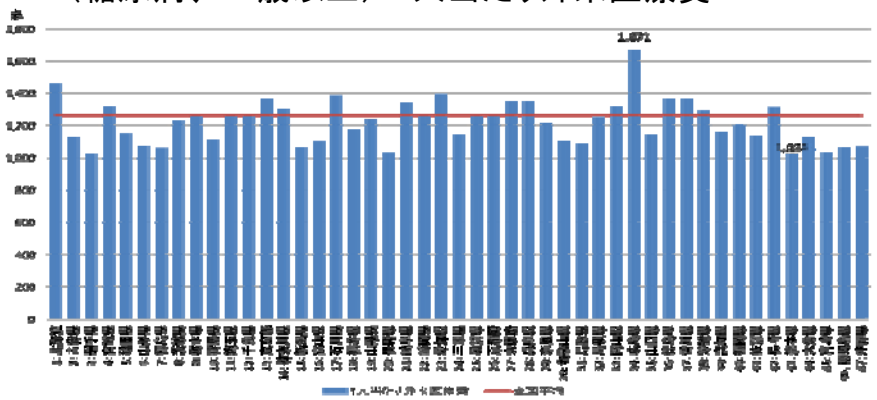
○その結果について、都道府県の分析作業の参考としていただくため、
データセットとしてまとめ、都道府県に提供していく。

＜外来医療費の目標＞



＜地域差の「見える化」＞

（糖尿病、75歳以上）一人当たり外来医療費



5. 保険者インセンティブの「指標」

【改革工程表における記載】
＜ ⑭保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化に係る制度設計＞
＜(ⅰ)2018年度までに国民健康保険の保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立＞
○　保険者の医療費適正化への取組を促すための指標（後発医薬品の使用割合、重症化予防の取組、重複投薬等）を検討し、2015年度中に決定
＜(ⅲ)健康保険組合等の後期高齢者支援金の加算・減算制度の運用面での強化＞
○ 保険者の医療費適正化への取組を促すための指標(後発医薬品の使用割合、重症化予防の取組、重複投薬等)を検討し、2015年度中に決定

保険者に対する予防・健康づくり等のインセンティブの見直しについて

○　これまでの検討会での指摘や日本再興戦略等を踏まえ、本年の医療保険制度改革関連法において、国保の保険者努力支援制度が創設されたこともあり、保険者種別それぞれの特性に応じた新たなインセンティブ制度に見直すこととした。

〈現行（～平成29年度）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（市町村）	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度				なし
指標	特定健診・保健指導の実施率				

〈見直し後（平成30年度～）〉

保険者種別	健康保険組合・共済組合	協会けんぽ	国保（都道府県・市町村）	国保組合	後期高齢者医療広域連合
手法	後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直し	各支部の取組等を都道府県単位保険料率に反映	保険者努力支援制度を創設	各国保組合の取組等を特別調整補助金に反映	各広域連合の取組等を特別調整交付金に反映
指標	保険者種別共通の項目を設定 （各項目の具体的な基準や、保険者種別の特性を踏まえて追加する項目は保険者種別毎に設定）				

○　なお、指標の設定に当たっては、以下の附帯決議に留意する必要がある。

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議

参議院厚生労働委員会

一、国民健康保険について

５　保険者努力支援制度の実施に当たっては、保険者の努力が報われ、医療費適正化に向けた取組等が推進されるよう、綿密なデータ収集に基づく適正かつ客観的な指標の策定に取り組むこと。

今後の保険者における予防・健康づくり等の取組の推進に当たって共通的に評価する指標

○　保険者による健診・保健指導等に関する検討会（座長：多田羅浩三日本公衆衛生協会会長）において、今後、保険者が種別に関わりなく共通的に取り組むべき指標について検討し、以下のとおり、本年１月にとりまとめた。
○　今後、この取りまとめを踏まえ、保険者種別毎の具体的な制度設計等を検討していく。

ア　予防・健康づくりに係る指標

【指標①】特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

○具体例）特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、健診未受診者・保健指導未利用者対策

【指標②】特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

○具体例）がん検診や歯科健診などの 健（検）診の実施、健診結果等に基づく受診勧奨や精密検査の必要な者に対する働きかけ、歯科のリスク保有者への保健指導等の取組の実施状況

【指標③】糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

○具体例）糖尿病等の治療中断者への働きかけや、治療中の加入者に対して医療機関等と連携して重症化を予防するための保健指導等を実施する取組

【指標④】広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

○具体例）ICT等を活用して本人に分かりやすく健診結果の情報提供を行うことや、ヘルスケアポイント等による予防・健康づくりへのインセンティブ付与の取組のうち、実効性のあるもの

イ　医療の効率的な提供への働きかけに係る指標

【指標⑤】加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

○具体例）地域のかかりつけ医師、薬剤師等との連携の下、重複頻回受診者、重複服薬・多剤投与と思われる者への訪問指導の実施や、訪問による残薬確認・指導等の取組

【指標⑥】後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

○具体例）後発医薬品差額通知の実施や後発医薬品の希望カードの配付など、実施により加入者の後発医薬品の使用を定着・習慣化させ、その後の後発医薬品の継続使用に資するもの

６．個人へのインセンティブ措置ガイドライン

【改革工程表における記載】
＜⑮ヘルスケアポイント付与や保険料への支援になる仕組み等の個人に対するインセンティブ付与による健康づくりや適切な受診行動等の更なる促進＞
○ ヘルスケアポイントの付与や保険料への支援になる仕組み等の実施に係るガイドラインを2015度中に策定

個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブの強化について

○　予防・健康づくりに取り組む加入者に対してヘルスケアポイントを付与し、健康グッズ等と交換できるようにするなど、インセンティブを提供する取組については、既に一部の健保組合や市町村で、保健事業として実施されている。

○　このような、保険者が加入者に対して予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組は重要であり、今般の医療保険制度改革でも、保険者の努力義務として位置付けている（平成２８年４月施行予定）。

（参考）個人の予防・健康づくりに向けたインセンティブに関する該当条文

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律（平成27年法律第31号）　（抄）

○健康保険法の一部改正　　※傍線部分は今回改正により追加した箇所

第百五十条　保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第二十条の規定による特定健康診査及び同法第二十四条の規定による特定保健指導（以下この項及び第百五十四条の二において「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに<u>健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者</u>（以下この条において「被保険者等」という。）<u>の自助努力についての支援</u>その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

※　国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、共済各法等の保健事業の規定においても同様に追加

○　また、具体的な検討に当たっては、国会においてなされた以下の附帯決議に留意する必要がある。

◎持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（抄）
（平成27年5月26日　参議院厚生労働委員会）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

四、医療費適正化計画及び予防・健康づくりについて

2　保健事業において保険者が実施する予防・健康づくりのインセンティブの強化に当たっては、<u>保険者に対し好事例の周知に積極的に取り組む</u>とともに、<u>必要な医療を受けるべき者が受診を抑制し、重症化することがないよう、インセンティブ付与の在り方について十分検討する</u>こと。

○　実施主体である保険者等を含めたワーキンググループにおいて、<u>平成27年度中に、保健事業で実施する場合の具体的なガイドラインを厚生労働省において策定する。</u>

個人への予防インセンティブワーキンググループについて

○開催の趣旨

平成27 年の医療保険制度改革において、保険者が行う保健事業として、個人への予防インセンティブを提供する取組が法的に明記される等、保健事業に係る規定の改正がされたところ。

保険者がインセンティブ事業を実施するに当たってのガイドラインの策定に資する検討を行うため、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の下に、「個人への予防インセンティブ検討ワーキンググループ」を開催する。

○構成員（敬称略、50音順）

有澤　賢二	日本薬剤師会　常務理事
井伊　久美子	日本看護協会　専務理事
稲垣　仁	国民健康保険中央会　保健事業部長
小倉　芳意智	岐阜県後期高齢者医療広域連合　給付課長
小澤　時男	全国健康保険協会　企画部長
河合　雅司	株式会社 産経新聞社　論説委員
久野　譜也	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 教授
小林　司	日本労働組合総連合会 総合政策局生活福祉局次長
高崎　尚樹	株式会社 ルネサンス　取締役常務執行役員
中村　俊介	健康保険組合連合会　保健部長
羽鳥　裕	日本医師会　常任理事
平野　美由紀	愛知県飛島村　民生部保健福祉課長
深井　穫博	日本歯科医師会　常務理事
古井　祐司	東京大学政策ビジョン研究センター　特任助教
細川　與司勝	新潟県見附市　市民福祉部長（兼健康福祉課長）

○開催経緯

平成27年9月に第１回検討会を開催し、以降、28年2月までに、5回開催。

※　平成27年度中にガイドラインを策定し、上記検討会に報告予定。

7. データヘルスの取組

【改革工程表における記載】
＜⑳民間事業者も活用した保険者によるデータヘルスの取組について、健康経営の取組との連携も図りつつ、好事例を強力に全国展開＞

- 日本健康会議において、2020年に達成すべき8つの宣言を採択
- 「健康増進・予防サービス・プラットフォーム」において、優良事例の全国展開に向けた進め方について、2015年中に一定の方向性を取りまとめ

保険者によるデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施

○ 平成25年6月に閣議決定された「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合等に対して、データヘルス計画の作成と事業実施等を求めることとされ、平成26年4月には保健事業の実施等に関する指針の改正等を実施。

日本再興戦略（平成25年6月14日閣議決定） 抄

健康保険法等に基づく厚生労働大臣指針（告示）を今年度中に改正し、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「データヘルス計画（仮称）」の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。

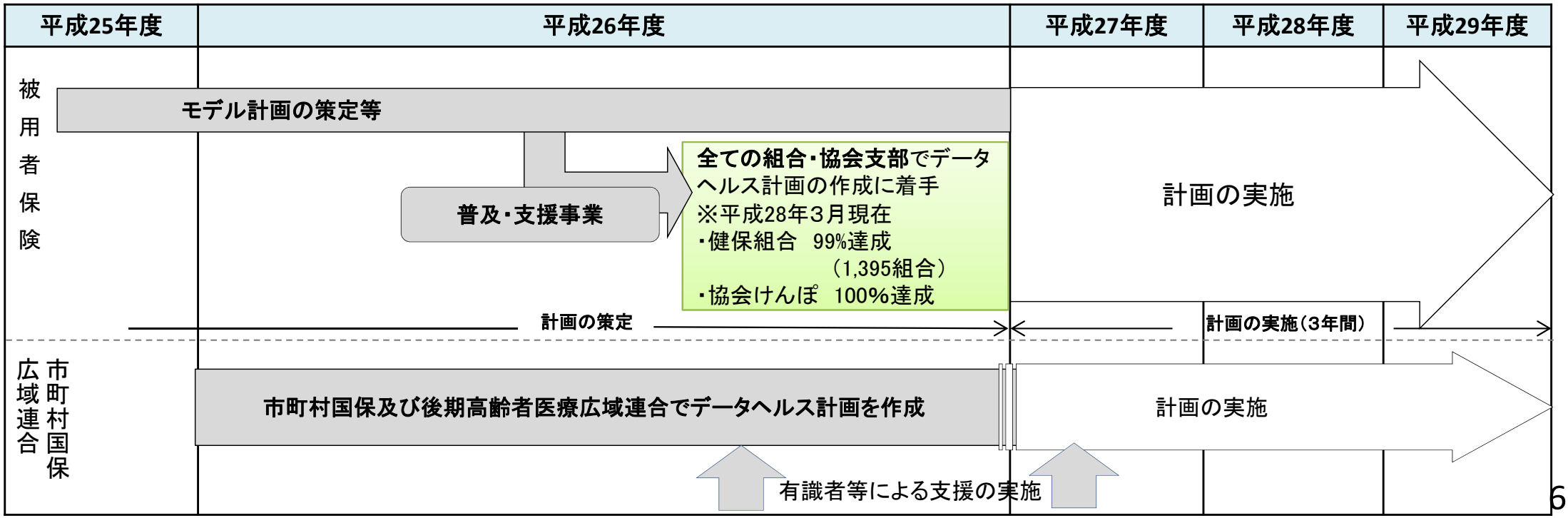
○ 医療保険者が、平成26年度以降、順次、レセプト・健診情報等を活用した「データヘルス計画」の作成・公表を行い、平成27年度までにレセプト・健診情報等のデータ分析に基づく保健事業を実施することを推進。

・現在、一部の健保組合等において、こうした取組のモデルとなる計画の策定等を先行的に進めているところ。

・市町村国保等においては、中央・都道府県レベルで有識者等からなる支援体制を整備し、データヘルスへの取組の支援を進めていく。

○ 今後、全ての医療保険者が保険者機能をより一層発揮し、加入者の健康の保持増進に資する取組が円滑に進むよう、国としても支援していく。

＜データヘルス計画の実施スケジュール＞

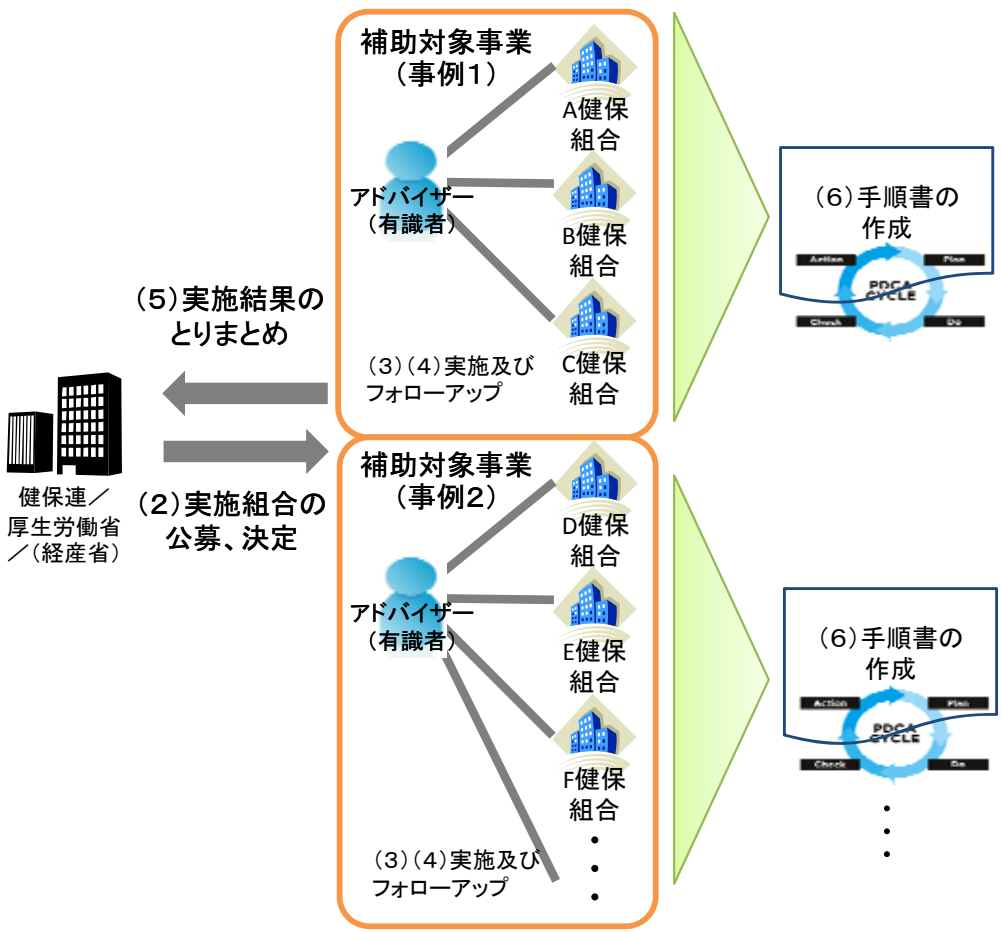


レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業（先進的保健事業の推進プロジェクト）

１．目的

本事業では、効果的・効率的な保健事業をＰＤＣＡサイクルに基づき実践することに資する目的で、「データヘルス計画作成の手引き」において「保健事業の基盤」として位置づけられる「職場環境の整備」、本人の健診データに基づく個別性の高い情報提供による「加入者への意識づけ」、さらには、多くの保険者が抱える課題解決に向け、「被扶養者の特定健診受診率対策」、「リスク者への効果的な保健指導の実現」といった４つの事業について、将来的に多くの保険者が保健事業に取り入れることができるよう、その取組結果だけでなく、ストラクチャー（事業構成・実施体制）やプロセス（実施過程）を検証し、体系的に整理することとする。

補助対象事業	アドバイザー		連携事業
ⅰ）被保険者の健康増進を目的とした生産的な職場づくりに向けたコラボヘルス推進事業	東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット特任教授 産業医科大学産業生態科学研究所教授	尾形　裕也 森　晃爾	経産省商務情報局ヘルスケア産業課
ⅱ）加入者への意識づけを目的とした健診データに基づく個別性の高い情報提供事業	独立行政法人国立がん研究センター中央病院総合内科長	大橋　健	
ⅲ）被扶養者などを対象とした特定健診の受診率向上に向けた受診勧奨事業	合同会社　生活習慣病予防研究センター 代表	岡山　明	
ⅳ）リスク者の減少を狙った保健指導事業	あいち健康の森健康科学総合センターセンター長	津下　一代	



（1）公募及び本事業の説明会開催

（2）補助組合の選定

（3）各組合において先進的保険事業の実施及びアドバイザーによるフォローアップ

（4）実施状況結果の報告及びデータ提供

（5）実施結果のとりまとめ

（6）手順書のとりまとめ

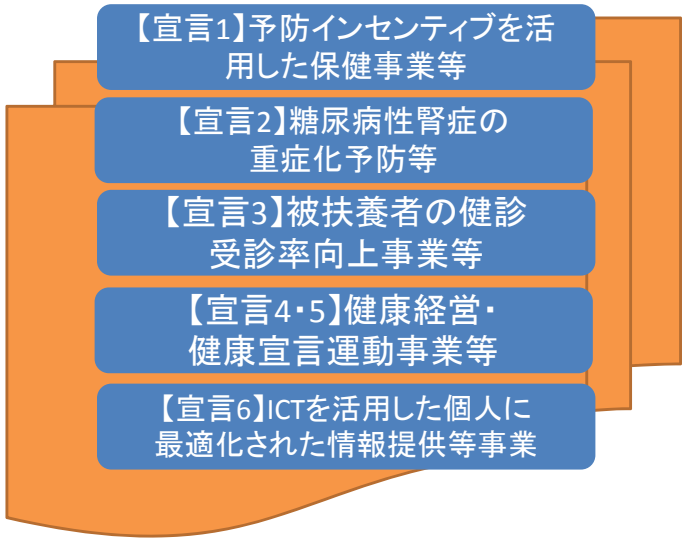
※事業実施イメージ

○レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業

平成28年度予算（案）額：２．８億円

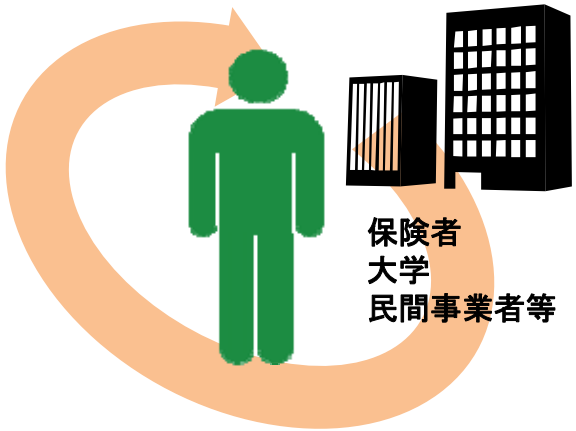
先進的な保険者に限らず、中・小規模の保険者も等しく効率的かつ効果的なデータヘルス事業を導入し、運営ができるよう、先進的なデータヘルス事業を体系的に整理、パッケージ化して全国的に横展開を推進するとともに、大学や保険者、地域の関係機関と連携し実践的なカリキュラムの開発、潜在保健師の活用などを通じて、データヘルス事業の導入、運営等に係る環境整備を図る。

（１）先進的なデータヘルス事業のパッケージ化



○多くの保険者が先進的なデータヘルス事業を抵抗感なく導入し、事業運営ができるように、先進的なデータヘルス事業について、その事業構成や実施体制、実施過程の検証作業までのＰＤＣＡサイクルを体系的に整理してパッケージ化し、全国的な横展開を推進する。

（２）データヘルス事業の導入、運営のための人材育成・環境整備



○大学や保険者、地域の関係機関と連携しデータヘルス事業の実践的なカリキュラムの開発や、潜在保健師などを活用してデータヘルス事業に明るい人材を育成し、データヘルス事業の導入、運営に係る環境整備を図る。

（３）中小規模・財政難保険者への支援及び初期費用の補助

○データヘルス事業の運営に十分な資源を投入できない中・小規模の保険者であっても持続的に事業運営ができるよう、事業導入に係る初期費用を補助する。

市町村国保におけるデータヘルス計画の策定状況

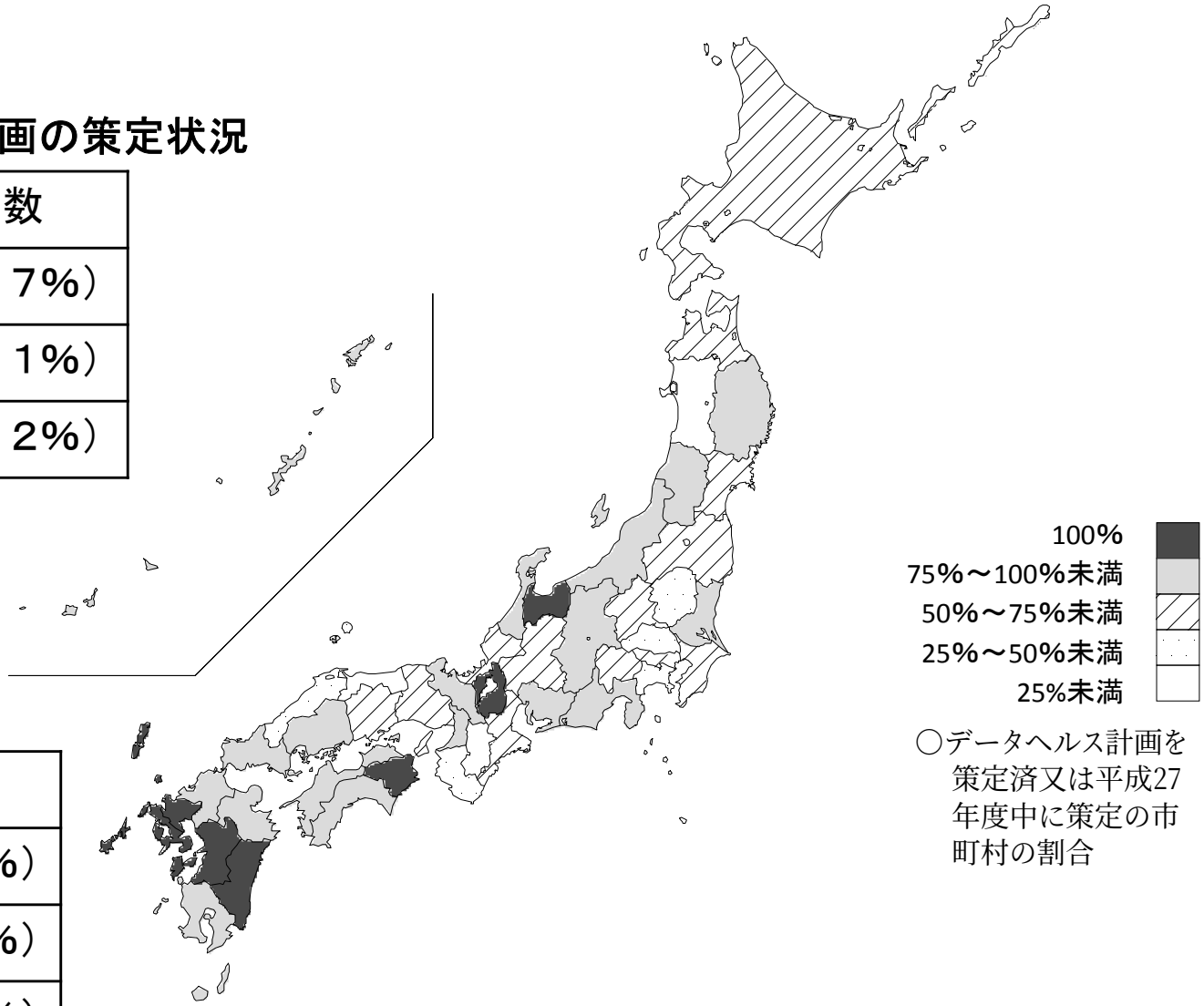
市町村国保の約7割が、データヘルス計画を策定済 又は 平成27年度中に策定予定

○平成27年7月1日時点でのデータヘルス計画の策定状況

策定状況	保険者数
策定済み	424（24．7%）
策定中	997（58．1%）
未着手	295（17．2%）

○策定中997保険者の策定時期

策定時期	保険者数
平成27年度中に策定予定	808（47．1%）
平成28年度中に策定予定	156（9．1%）
上記以外	33（1．9%）



○データヘルス計画を策定済又は平成27年度中に策定の市町村の割合

＊平成27年7月　厚生労働省保険局国民健康保険課調べ

「データヘルス計画」とは

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく、効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画
※　計画の策定にあたって、電子化された健康・医療情報を分析し、被保険者等の健康課題を明確にした上で、事業の企画を行う。

※　ヘルスサポート事業

データヘルス計画の作成支援

保健師等による
- データヘルス計画策定への助言
- 具体的な保健事業の取組の提示
- 保健事業の評価・分析
- 市町村職員への研修　等

全国の国保連合会

- 支援・評価に関するガイドラインの策定
- 国保連の支援・評価結果を分析
- 好事例の情報提供
- 国保連合会職員・保健師等への研修　等

支援

国保中央会

Plan（計画）

- データ分析に基づく事業の立案
  - ○健康課題、事業目的の明確化
  - ○目標設定
  - ○費用対効果を考慮した事業選択
    - (例) - 加入者に対する全般的・個別的な情報提供
    - - 特定健診・特定保健指導等の健診・保健指導
    - - 重症化予防
    - ※　被保険者等に自らの生活習慣等の問題点を発見させ、その改善を促すための取組を重視する。

Do（実施）

- 事業の実施

Check（評価）

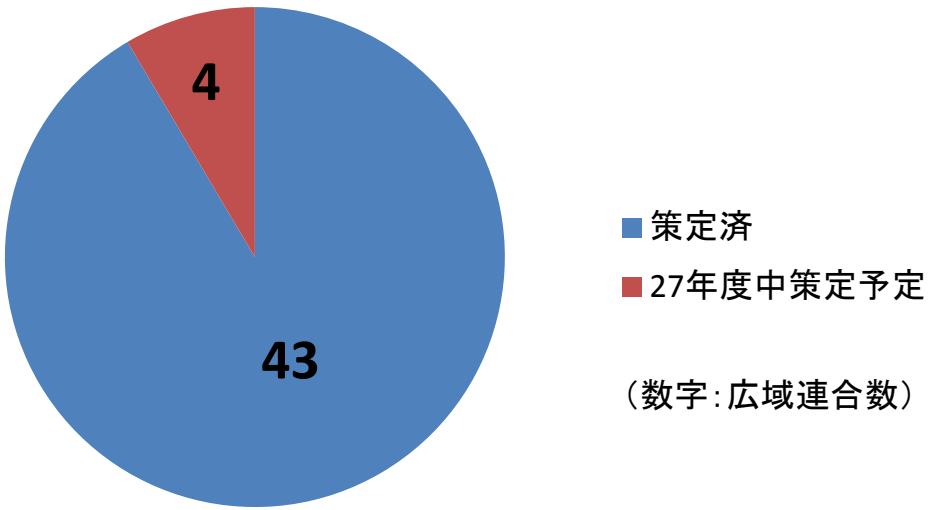
- データ分析に基づく効果測定・評価

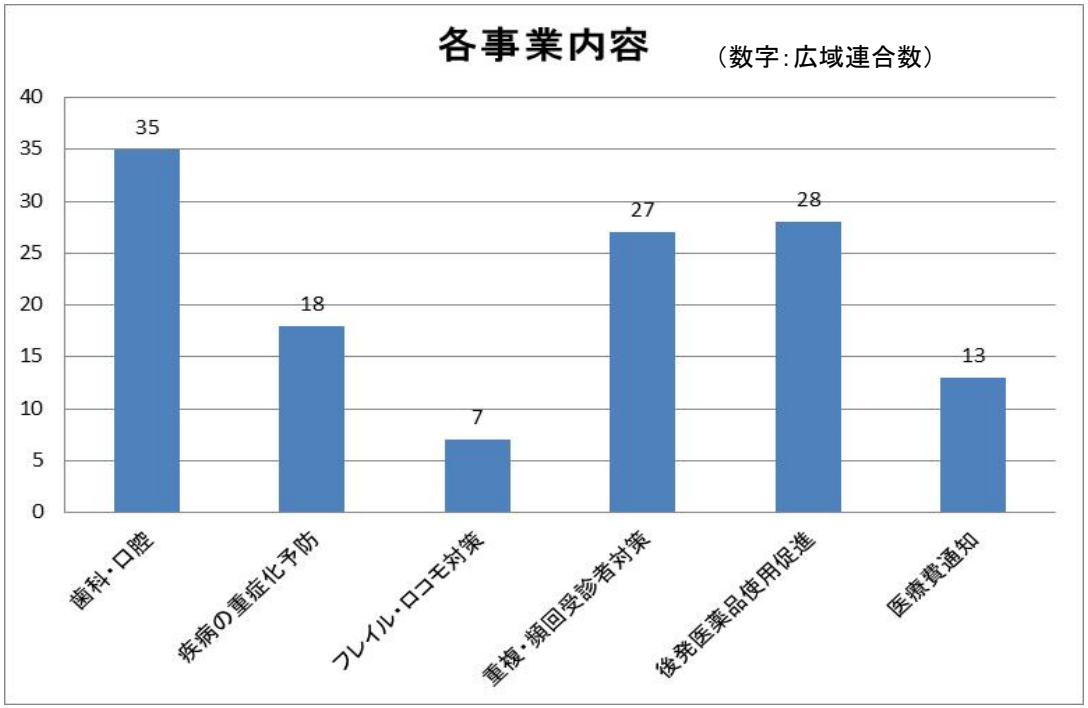
Act（改善）

- 次サイクルに向けて目標値及び事業内容を見直す

保健事業実施計画（データヘルス計画）の策定等の状況

データヘルス計画の策定完了時期（H28.2現在）





主な健康課題

・健診受診率が地域により大きく異なる
・健診後のフォロー、未受診者への取り組みが必要
・かかりつけ医との連携が足りない
・健康留意の意識付けが必要
・市町村との連携強化
・平均寿命、健康寿命の延伸
・東日本大震災の影響による避難生活者の健康維持

主な目標

〈短期的〉
・健診受診率、後発医薬品普及率、重複・頻回受診者数、健康相談・栄養指導の実施数、重症化予防の実施市町村数等の増加・改善
〈中長期的〉
・健康診査受診率の向上
・入院割合の減少
・1人あたり医療費の抑制、医療費の適正化
・日常生活を自立して過ごせる人の増加　　等

特色のある取り組み

・介護予防と連携した運動機能向上への取り組み（運動教室等）
・市町村との連携を強化した地域密着の取り組み
・『健康状態不明者』（医療・介護・健康診査いずれのデータも無い被保険者）を把握し、健康指導を実施
・健診結果の説明会等により自身の健康状態を正確に把握できるようにする
・適切な受診（医療）と保健師等による保健指導（保健事業）両面から重症化予防の取り組みを推進
・国保の特定保健指導と連携を進める

後期高齢者の保健事業の充実について

［現状］

① 健康診査

○ 全広域連合で実施。受診率は26.0%（H26年度）。市町村等に委託。

○ 基本的に腹囲測定を除き特定健診（若年者）と同じ項目。

② 健診以外の保健事業

○ 健診以外に、

・歯科健診
・重複・頻回受診者等への訪問指導
・ジェネリック医薬品使用促進に向けた取組　などを実施。

③ 保健事業の実施体制

○ ４３広域連合で保健事業実施計画を策定済（平成27年度中に全広域連合で策定予定）。

［充実の方向性］

○ 生活習慣病等の重症化予防、心身機能の低下に伴う疾病の予防のため、高齢者の心身の特性に応じた保健指導等の実施を推進。

◎国保法等改正法による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律

第125条　後期高齢者医療広域連合は、**高齢者の心身の特性に応じ**、健康教育、健康相談、健康診査及び**保健指導**並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。（平成28年４月１日施行）

○ 平成28年度から、栄養、口腔、服薬などの面から、高齢者の特性にあった効果的な保健事業として、専門職による支援をモデル実施。心身機能の包括的なアセスメント手法、効果的な支援方法を検討。

※効果検証を行い、平成30年度からの本格実施を目指す。

○ 広域連合と介護保険の地域支援事業を行う市町村が連携を図るなど医療介護連携を推進。

民間も活用した実施体制の支援
厚労省が初の「データヘルス・予防サービス見本市２０１５」を開催

○　より多くの医療保険者に先進的な保健事業を導入するためには、高度な専門性や人的資源を豊富に有する質の高い事業者を選定し、効率的に横展開していくことが必要。

○　質の高いアウトソーシングを推進するため、健康・予防サービスを提供する事業者と、医療保険者等とのマッチングや、健康づくりの取組を実施している医療保険者、企業、地方自治体等との情報交換の場として、「データヘルス・予防サービス見本市２０１５」（厚生労働省主催）を開催。

○　健診・保健指導、データ分析、健康な職場づくりに関する展示やセミナーを実施し、出展者数は２８ブース、**約３０００人が参加**した。

データヘルス・
予防サービス
見本市2015

開催日時：　2015年12月15日（火）　10:00－18:00
開催場所：　東京国際フォーラム　ホールB7（地上7階）
（住所：東京都千代田区丸の内3丁目5−1）
主　　催　：　厚生労働省
内　　容　：　健康増進・予防に資する製品・サービス
提供事業者等による展示、セミナー等
参加対象：　医療保険者、企業経営者・人事/総務担当者、
自治体関係者、医療専門職、報道メディア等

８．患者本位の医薬分業の推進

【改革工程表における記載】
＜㊱かかりつけ薬局推進のための薬局全体の改革の検討、薬剤師による効果的な投薬・残薬管理や地域包括ケアへの参画を目指す＞
○　かかりつけ薬局の機能を明確化し、将来に向けた薬局再編の姿を示す「患者のための薬局ビジョン」を2015年10月に策定

患者のための薬局ビジョン推進事業

平成28年度予算案　180百万円

現　状

薬局・薬剤師の地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援（健康サポート）を推進するため、平成26年度にモデル事業を実施し、平成27年度には、平成26年度事業で把握した課題や好事例等を踏まえ、事業内容の充実・発展を図るとともに、健康サポート機能を有する薬局（健康サポート薬局）の基準の作成等を行うなど継続的な取組を行ってきている。

今後、健康サポート薬局の推進・活用を図ることを含め、規模や立地条件等様々な薬局が全体として、健康サポートや地域包括ケアに貢献できるようにしていくことが必要であり、**かかりつけ薬剤師・薬局機能を明確化し、将来に向けた薬局再編の姿を示す「患者のための薬局ビジョン」を平成27年10月に策定**。**かかりつけ薬剤師のいる薬局としてかかりつけ薬局が機能するよう、ビジョンを実現するための具体的な施策を進めていく必要**がある。

このため、平成28年度においては、

1. **患者のための薬局ビジョン実現**に資するかかりつけ薬剤師・薬局機能の強化のための**テーマ別のモデル事業**
2. 患者のための薬局ビジョン実現のための**実態調査・ロードマップ検討事業**

を実施することとする。

事業概要

H26・27年度事業

薬局・薬剤師による健康サポートの取組を推進（モデル事業、基準作成等）

次のステップ

H28年度事業

健康サポート薬局も含めた**薬局全体のかかりつけ薬局機能の強化に向けた患者のための薬局ビジョン実現のための事業**（テーマ別モデル、実態調査・ロードマップ検討事業）

事業イメージ案

1. 患者のための薬局ビジョン実現に資するテーマ別モデル事業

メニュー事業

①地域全体のかかりつけ薬剤師・薬局機能強化のための連携推進事業

・地域全体のかかりつけ薬剤師・薬局機能の強化を図るため、その地域の特性等に応じた地域の薬局同士の連携方策を検討・実施する。

②多職種連携による薬局の在宅医療サービスの推進事業

・かかりつけ医を中心に多職種連携を図りつつ、薬剤師が在宅訪問を必要とする患者を把握し、在宅医療サービスを提供する取組を推進する。

③電子版お薬手帳を活用した地域の先進的な健康サポート推進事業

・様々な健康情報（食事・運動情報）などとリンクした電子版お薬手帳の活用を地域の中で推進し、総合的な健康サポート機能の充実を図る。

④薬局・薬剤師によるアウトリーチ型健康サポート推進事業

・地域の多様な機関と連携し、薬局以外の場所でお薬・健康相談などを実施し、薬局・薬剤師の機能強化を図る。

2. 患者のための薬局ビジョン実現のための実態調査・ロードマップ検討事業

患者のための薬局ビジョン（「門前」から「かかりつけ」へ）の実現のための具体的な施策を検討する上で参考となるよう、薬局の実態（立地条件、店舗面積、開局時間等）を調査し、ビジョン実現のためのロードマップや具体の施策を講じる上での留意点等を検討する。

ICTを活用した服薬情報の一元的・継続的把握

電子版お薬手帳の意義

- お薬手帳は、**患者の服用歴を記載し、経時的に管理**するもの。**患者自らの健康管理**に役立つほか、医師・薬剤師が確認することで、**相互作用防止や副作用回避**に資する。
- 紙のお薬手帳に比べた**電子版お薬手帳のメリット**

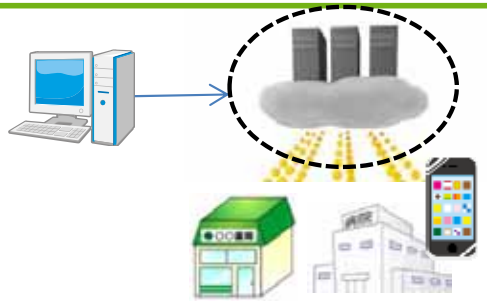
①携帯電話やスマートフォンを活用するため、**携帯性が高く、受診時にも忘れにくい**。

②データの**保存容量が大きい**ため、**長期にわたる服用歴の管理**が可能。

③服用歴以外に、システム独自に**運動の記録や健診履歴等健康に関する情報も管理**可能。

【スマホ型】
患者が薬剤情報提供書に表示されているＱＲコードを撮影して取り込む

【クラウド型】
患者同意のもと、薬局から直接サーバにデータを保管



※どの薬局の情報でも記録できるよう、平成24年に保健医療福祉情報システム工業会（JAHIS）が標準データフォーマットを策定

普及のための方策

～ バラバラから一つへ～

- **一つのお薬手帳で過去の服用歴を一覧できる仕組み**を構築するとともに、異なるシステムが利用される下でも、**全国の医薬関係者で必要な情報が共有化**できるようにする。
- 医療情報連携ネットワークの普及で、将来、**ネットワーク上の情報の一部を患者が手帳として携行**することも想定。今後を見据え、**データフォーマットの統一化**などの整備を図る。

９．医薬品のバーコード表示

【改革工程表における記載】
＜㉞適切な市場価格の形成に向けた医薬品の流通改善＞
○　医療用医薬品の流通改善に関する懇談会の提言（2015年９月）に基づき、流通改善に取り組むとともに、当該懇談会において定期的に進捗状況を把握し、改善に向けた取組を推進

医療用医薬品のバーコード表示

取り違え事故の防止及びトレーサビリティの確保並びに医薬品の流通の効率化を推進するため、医療用医薬品へのバーコード表示を求めている。

経　緯

平成14年４月17日　医療安全推進総合対策（医療安全対策検討会議）

- 取り違えや誤使用といった使用の際に生じる誤りを防止するため、製品の区別を正確且つ容易に行いうるバーコードチェックがさらに普及するよう、製品のコード表示の標準化について検討を進める必要がある。

平成18年９月15日　「医療用医薬品へのバーコード表示の実施要領」通知

- 内用薬及び外用薬の調剤包装単位（PTP包装等）を除き、平成20年９月出荷分から、バーコード表示を必須とした。

平成24年6月29日　流通の効率化の推進等の観点から通知を一部改正

＜主な改正点＞

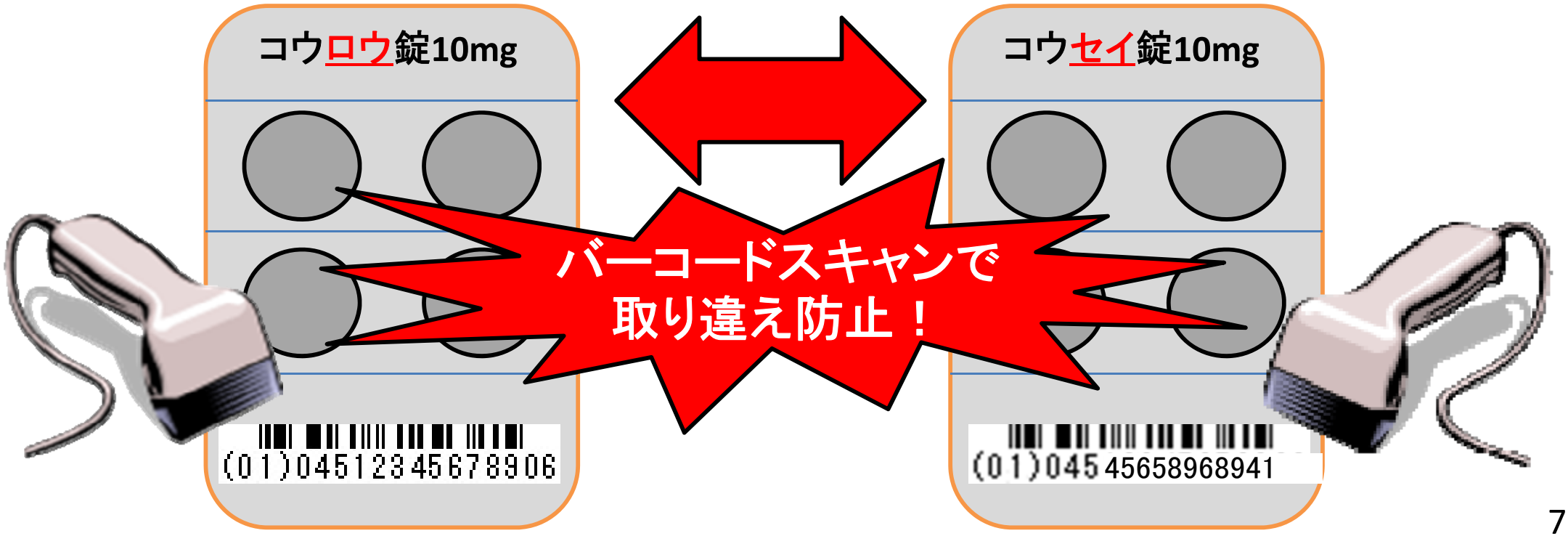
- 内用薬及び外用薬の調剤包装単位（PTP包装等）への「商品コード」の新バーコード表示の平成27年７月出荷分から必須とした。
- 販売包装単位及び元梱包装単位について、有効期限、製造番号等の変動情報ついてのバーコード表示を可能な企業から順次実施することとした。

平成27年度　医療用医薬品の流通改善の促進について（提言）等を受け、販売包装単位及び元梱包装単位における必須表示範囲の拡大検討に着手

医療用医薬品へのバーコード表示に期待されること

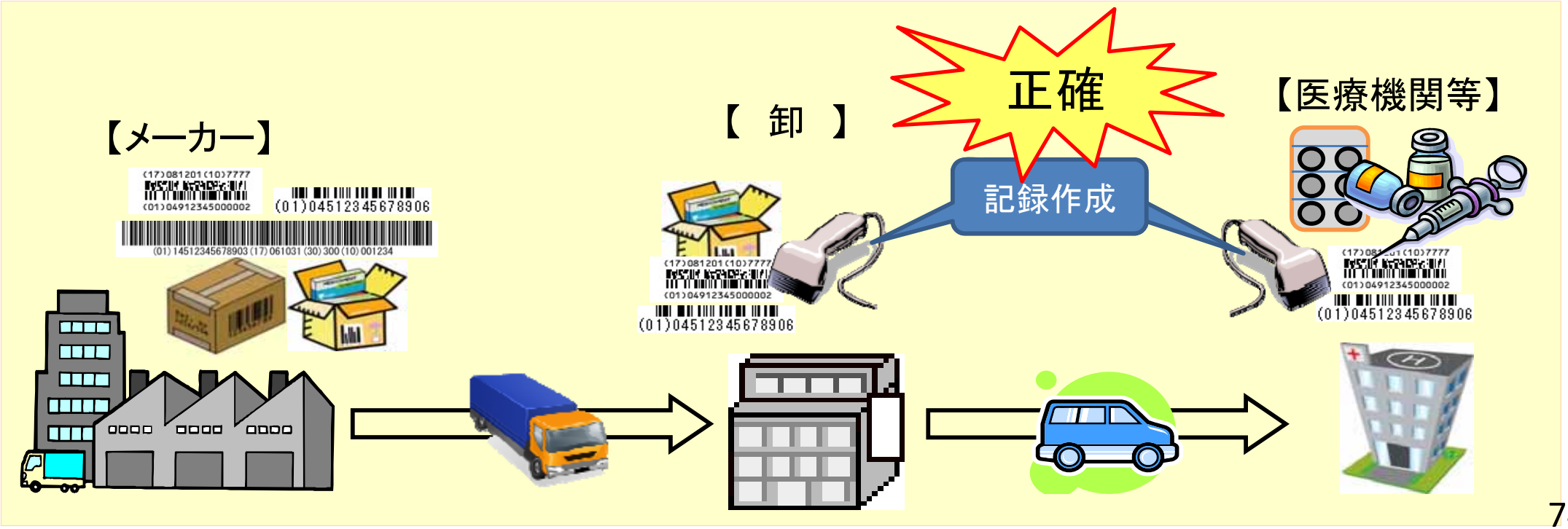
①医療現場での医薬品の取り違え事故防止等

- バーコードスキャンにより、医薬品を人によらず識別
- 機械による医薬品の識別方法による、医療安全確保策の複線化
- 複線化した医療安全確保策による、医薬品の取り違えの確実な防止
- 薬剤払い出し監査の効率化・精度向上も期待

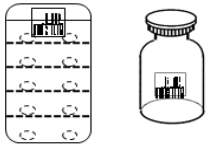


②トレーサビリティーの確保　③流通の効率化

- バーコードスキャンにより、作成した記録の正確性が向上（転記ミス等ヒューマンエラーが減少）
- 製品回収が必要になったとき、卸売業者が当該製品の対象ロットの納入先を容易に特定できるようになり、回収の効率化にもつながる。
- 目視により行っている入荷時、棚積時、ピッキング時、出荷時等の医薬品と伝票等との照合が、バーコードスキャンにより効率化される。



医療用医薬品のバーコード表示

医療用医薬品の種類	Ⅰ）調剤包装単位			Ⅱ）販売包装単位			Ⅲ）元梱包装単位			
	 PTPシート、バイアル等			PTPシートを10枚収納した箱等			販売包装単位である箱が10箱入った段ボール箱等			
	商品コード	有効期限	製造番号又は製造記号	商品コード	有効期限	製造番号又は製造記号	商品コード	有効期限	数量	製造番号又は製造記号
①特定生物由来製品	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
②生物由来製品	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
③注射薬	◎	○	○	◎	○*	○*	○*	○*	○*	○*
④内用薬	◎	○	○	◎	○*	○*	○*	○*	○*	○*
⑤外用薬	◎	○	○	◎	○*	○*	○*	○*	○*	○*

注：「◎」は必ず表示するもの（必須表示）
「○」は必ずしも表示しなくて差し支えないもの（任意表示）

必須表示を求めて検討中

表示するデータ(情報項目)

- 商品コード（商品を特定する情報）
- 有効期限
- 製造番号又は製造記号
- 数量　（注）元梱包装単位に含まれる販売包装単位の数量

販売包装単位，（調剤包装単位）

GS1データバー限定型合成シンボルCC-A

(01) 14987111111111
(17) 050822 (10) 123456

元梱包装単位

GS1-128（コード128）

(01)24987111111118(17)050822(30)10(10)123456

（注）商品コードの情報のみ

GS1データバー限定型

(01)14912345678901